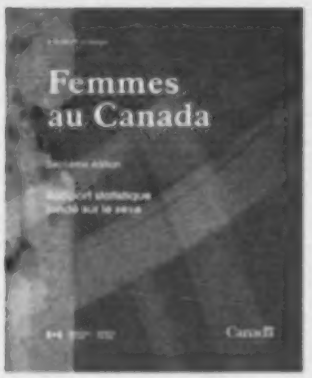
N° 89-503-X au catalogue

Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe

# La santé des filles et des femmes




par Tracey Bushnik

Date de diffusion : le 8 mars 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel à** STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

**Téléphone** entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

**Programme des services de dépôt**

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

## Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

## Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

| | |
|---|---|
| . | indisponible pour toute période de référence |
| .. | indisponible pour une période de référence précise |
| ... | n'ayant pas lieu de figurer |
| 0 | zéro absolu ou valeur arrondie à zéro |
| 0[s] | valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie |
| [p] | provisoire |
| [r] | révisé |
| x | confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique* |
| [E] | à utiliser avec prudence |
| F | trop peu fiable pour être publié |
| * | valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05) |

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

**Une** version HTML **est aussi disponible.**

*This publication is also available in English.*

# Table des matières

1. Introduction ..... 5
2. Aperçu de la santé des femmes au Canada ..... 6
Déterminants sociaux de la santé ..... 7
Santé des immigrantes au Canada ..... 8
3. Enfance ..... 10
Comportements influant sur la santé ..... 10
Sécurité alimentaire ..... 10
Équilibre nutritionnel ..... 10
Poids et condition physique ..... 11
Activité physique ..... 12
Blessures accidentelles et hospitalisation ..... 13
Maladie ..... 13
Cancer ..... 13
4. Adolescence ..... 15
Comportements influant sur la santé ..... 15
Consommation de fruits et de légumes ..... 15
Équilibre nutritionnel ..... 15
Poids et condition physique ..... 15
Activité physique ..... 17
Alcool et drogues ..... 17
Activité sexuelle et reproduction ..... 18
Activité sexuelle ..... 18
Naissances ..... 19
Infections transmises sexuellement ..... 20
Maladies ..... 21
Cancer ..... 21
Santé mentale ..... 22
Santé mentale autoévaluée ..... 22
Hospitalisations en raison d'un trouble mental ..... 23
Blessures et lésions autoinfligées ..... 25
Suicide ..... 26
5. Âge adulte ..... 27
Comportements influant sur la santé ..... 27
Consommation de fruits et de légumes ..... 27
Poids et circonférence de la taille ..... 28
Condition physique ..... 29
Activité physique ..... 30
Alcool et drogues ..... 30
Consultation d'un médecin ..... 33
Reproduction et activité sexuelle ..... 35
Naissances ..... 35

Utilisation de moyens contraceptifs....36
Infertilité....36
Infections transmises sexuellement....37
Maladie et problèmes de santé chroniques....38
Cancer....38
Hypertension....41
Maladies du cœur....41
Diabète....43
Santé mentale....44
Stress....44
Santé mentale autoévaluée....45
Recours aux services de santé mentale....47
6. Femmes plus âgées....48
Comportements influant sur la santé....48
Consommation de fruits et de légumes....48
Risque nutritionnel....49
Poids et circonférence de la taille....49
Condition physique....49
Activité physique....50
Chutes....50
Consommation d'alcool et de drogues....51
Consommation de médicaments sur ordonnance....51
Consultation d'un médecin....52
Maladie et problèmes de santé chroniques....54
Cancer....54
Hypertension....57
Maladies du cœur....57
Accident vasculaire cérébral....58
Diabète....58
Arthrite et ostéoporose....59
Maladie pulmonaire obstructive chronique....60
Maladie d'Alzheimer....60
Maladie de Parkinson....61
Santé mentale....61
Santé mentale autoévaluée....61
Bien-être social....62
Utilisation des services de santé mentale....62

# La santé des filles et des femmes

## 1. Introduction

Les facteurs qui influent sur la santé des femmes, ainsi que leur état de santé individuel, varient au cours de la vie. Le présent chapitre traite du parcours de vie des filles et des femmes du Canada sur le plan de la santé physique et mentale. L'information présentée n'est pas exhaustive; elle vise plutôt à fournir une vue d'ensemble des divers aspects de la santé des femmes, fondée sur des données d'enquête et des données administratives récentes, ainsi qu'à présenter les conclusions de différents articles et rapports de recherche publiés.

Le chapitre commence par un aperçu général de la santé des femmes au Canada, notamment l'autoévaluation de la santé globale, les déterminants sociaux de la santé et la santé des immigrantes. Le reste du chapitre est divisé en quatre sections, portant sur la santé aux différentes étapes de la vie : enfance (1 à 11 ans), adolescence (12 à 19 ans), âge adulte (20 à 64 ans) et vieillesse (65 ans et plus). Les fourchettes d'âge peuvent varier légèrement selon la source de données. Les sujets suivants sont abordés dans chaque section : les comportements influant sur la santé, la maladie et les problèmes de santé chroniques et la santé mentale. L'activité sexuelle et la reproduction sont aussi examinées à compter de l'adolescence.

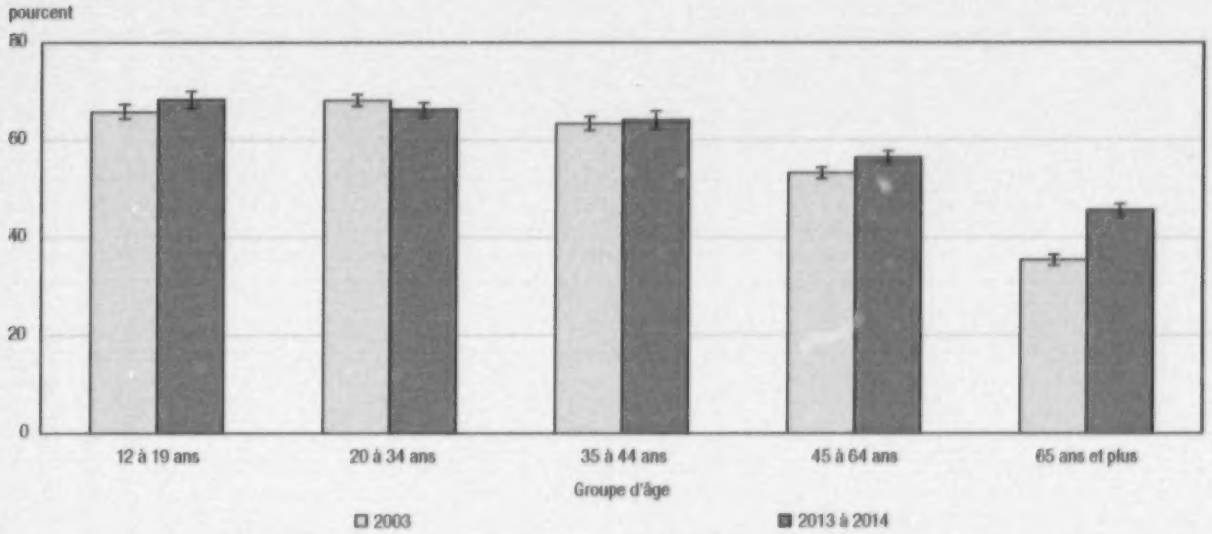
Des renseignements portant spécifiquement sur la santé des femmes appartenant à une minorité visible et des femmes autochtones sont présentés dans d'autres chapitres de *Femmes au Canada*[1,2].

1. T. Hudon. « Les femmes immigrantes », *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*, produit nº 89-503-X au catalogue de Statistique Canada, 2015, Ottawa.
2. P. Arriagada. « Les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites », *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*, produit nº 89-503-X au catalogue de Statistique Canada, 2016, Ottawa.

## 2. Aperçu de la santé des femmes au Canada

L'autoévaluation de la santé est un indicateur de l'état de santé global d'une personne. Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013-2014, 59 % des femmes de 12 ans ou plus vivant dans un ménage ont autoévalué leur état de santé global comme étant très bon ou excellent. L'âge influe de façon significative sur l'état de santé; à mesure qu'elles vieillissent, les femmes sont moins susceptibles d'attribuer une note aussi bonne à leur état de santé (graphique 1). Toutefois, en 2013-2014, les femmes plus âgées étaient plus susceptibles qu'il y a dix ans de se dire en très bonne ou en excellente santé, ce qui est aussi le cas chez les hommes (données non présentées).

**Graphique 1**
**Pourcentage des femmes s'autoévaluant en très bonne ou en excellente santé globale, selon le groupe d'âge, Canada, 2003 et 2013 à 2014**




I = intervalle de confiance à 95 %
**Sources :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2003; et Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013 à 2014, totalisation personnalisée.

## Déterminants sociaux de la santé

Outre l'âge, les déterminants sociaux comme le statut social, les réseaux de soutien et le milieu social et physique influent aussi sur la santé[3]. Le niveau de scolarité et le revenu jouent également un rôle important, puisque le niveau de scolarité est étroitement lié au statut socioéconomique et que plus on monte dans la hiérarchie des revenus, plus la santé s'améliore[4]. Au Canada, les femmes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires et celles appartenant à un ménage ayant un revenu dans le quintile inférieur étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer être fumeuses, souffrir d'obésité ou avoir reçu un diagnostic d'hypertension, de diabète ou de trouble de l'humeur, comparativement aux femmes ayant un baccalauréat ou appartenant à un ménage ayant un revenu dans le quintile supérieur (tableau 1). Les femmes ayant un niveau de scolarité et un revenu inférieurs étaient aussi moins susceptibles d'autoévaluer leur santé globale ou mentale comme étant très bonne ou excellente, ou d'avoir vu un médecin de famille ou un dentiste au cours des 12 mois précédents. Les femmes ayant un revenu inférieur étaient moins susceptibles de déclarer avoir un médecin régulier. Des études ont montré que les femmes vivant dans un quartier défavorisé sur le plan socioéconomique ont aussi des taux d'hospitalisation supérieurs[5].

Tableau 1
**Prévalence de certains indicateurs de la santé chez les femmes de 12 ans ou plus, selon le niveau de scolarité et le revenu du ménage, Canada, 2013-2014**

| | Niveau de scolarité | | | | | | Revenu du ménage | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pas de diplôme d'études secondaires | | | Baccalauréat ou diplôme de niveau supérieur | | | Quintile inférieur | | | Quintile supérieur | | |
| | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | |
| | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à |
| **Indicateurs de la santé** | | | | | | | | | | | | |
| Santé globale autoévaluée très bonne ou excellente | 48,2 | 46,9 | 49,5 | 70,4 | 69,0 | 71,7 | 44,5 | 43,0 | 46,1 | 73,8 | 72,4 | 75,1 |
| Santé mentale autoévaluée très bonne ou excellente | 63,5 | 62,1 | 64,9 | 76,2 | 74,8 | 77,4 | 58,7 | 57,2 | 60,3 | 79,0 | 77,8 | 80,1 |
| Fume tous les jours ou à l'occasion | 15,8 | 14,8 | 16,8 | 7,7 | 6,9 | 8,6 | 20,2 | 18,9 | 21,4 | 12,1 | 11,1 | 13,0 |
| Obèse[†] | 30,6 | 29,0 | 32,2 | 16,1 | 15,0 | 17,2 | 25,4 | 24,0 | 27,0 | 20,6 | 19,4 | 21,9 |
| Active durant les loisirs[‡] | 27,2 | 26,0 | 28,4 | 29,8 | 28,4 | 31,2 | 21,0 | 19,8 | 22,3 | 35,0 | 33,5 | 36,5 |
| Hypertension[††] | 23,4 | 22,4 | 24,4 | 9,2 | 8,4 | 10,1 | 21,0 | 19,9 | 22,2 | 11,2 | 10,3 | 12,1 |
| Diabète[††] | 9,1 | 8,3 | 9,9 | 3,1 | 2,7 | 3,6 | 8,7 | 7,9 | 9,6 | 3,0 | 2,6 | 3,4 |
| Trouble de l'humeur[††] | 9,2 | 8,5 | 10,0 | 7,3 | 6,6 | 8,2 | 13,9 | 12,9 | 14,9 | 6,3 | 5,7 | 7,0 |
| A un médecin régulier | 90,1 | 89,2 | 90,9 | 86,5 | 85,1 | 87,8 | 84,0 | 82,6 | 85,3 | 91,6 | 90,6 | 92,5 |
| A consulté un médecin au cours des 12 mois précédents | 76,5 | 75,5 | 77,6 | 81,8 | 80,4 | 83,2 | 77,8 | 76,5 | 79,1 | 82,8 | 81,5 | 84,0 |
| A consulté un dentiste au cours des 12 mois précédents | 57,5 | 56,1 | 58,9 | 79,3 | 77,9 | 80,7 | 51,9 | 50,3 | 53,4 | 85,0 | 83,9 | 86,1 |

[†] L'obésité ne tient compte que des répondantes de 18 ans ou plus, selon l'indice de masse corporelle calculé d'après la taille et le poids autodéclarés, puis ajusté pour tenir compte du biais de déclaration. L'activité durant les loisirs s'appuie sur les dépenses énergétiques (DE) calculées d'après la fréquence et la durée de toutes les activités physiques autodéclarées effectuées durant les loisirs.

[††] Problème de santé diagnostiqué ayant duré ou qui pourrait durer au moins six mois.

**Note :** Toutes les estimations différaient significativement ($p<=0,05$) selon le niveau de scolarité (sauf l'activité physique durant les loisirs) et le revenu du ménage.

**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.

3. Agence de la santé publique du Canada. *Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas?*, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php#evidence (site consulté le 29 octobre 2015).
4. *Ibid.*
5. Institut canadien d'information sur la santé. *Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes*, 2010, https://secure.cihi.ca/free_products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_f.pdf (site consulté le 8 juillet 2015).

## Santé des immigrantes au Canada

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013-2014 fournit des renseignements sur la santé d'environ 3,7 millions d'immigrantes (nées à l'extérieur du Canada et non citoyennes du Canada de naissance[6]) âgées de 12 ans ou plus et vivant dans un ménage[7]. Les immigrantes de 25 ans ou plus étaient moins susceptibles d'autoévaluer leur santé globale comme étant très bonne ou excellente comparativement aux Canadiennes de naissance; toutefois, comme les Canadiennes de naissance, les immigrantes plus âgées évaluaient leur santé comme étant moins bonne (tableau 2). Les immigrantes étaient moins susceptibles de déclarer avoir une santé mentale très bonne ou excellente, mais ce résultat était attribuable aux immigrantes de 65 ans ou plus. Les immigrantes de 65 ans ou plus affichaient aussi une prévalence de diabète plus élevée que les Canadiennes de naissance (18 % contre 15 %), tandis que les immigrantes de 25 à 44 ans étaient moins susceptibles de déclarer avoir un médecin régulier (78 % contre 86 %).

Tableau 2

**Prévalence de certains indicateurs de la santé chez les femmes de 25 ans ou plus, selon le statut d'immigrante et le groupe d'âge, Canada, 2013-2014**

| | Santé globale autoévaluée très bonne ou excellente | | | | | | Santé mentale autoévaluée très bonne ou excellente | | | | | | Hypertension[1] | | | | | | Diabète[1] | | | | | | A un médecin de famille | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Immigrantes | | | Canadiennes de naissance | | | Immigrantes | | | Canadiennes de naissance | | | Immigrantes | | | Canadiennes de naissance | | | Immigrantes | | | Canadiennes de naissance | | | Immigrantes | | | Canadiennes de naissance | | |
| | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | |
| | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à |
| **Total** | 52,1[E] | 50,3 | 53,9 | 60,2 | 59,5 | 61,0 | 67,9[E] | 66,0 | 69,7 | 70,6 | 69,9 | 71,4 | 21,3 | 19,9 | 22,8 | 20,4 | 19,9 | 20,9 | 7,6 | 6,8 | 8,6 | 6,0 | 5,6 | 7,2 | 86,4[E] | 85,0 | 87,8 | 90,7 | 90,2 | 91,2 |
| **Groupe d'âge** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 à 44 ans | 62,9[E] | 60,0 | 65,7 | 67,5 | 66,2 | 68,7 | 70,3 | 67,3 | 73,1 | 70,1 | 68,8 | 71,4 | 4,6[E] | 3,7 | 5,8 | 3,9 | 3,4 | 4,4 | 2,1[E] | 1,4 | 3,3 | 1,9 | 1,6 | 2,3 | 77,7[E] | 75,3 | 80,0 | 86,4 | 85,3 | 87,5 |
| 45 à 64 ans | 49,6[E] | 45,1 | 52,0 | 59,7 | 58,4 | 61,1 | 68,3 | 64,9 | 71,6 | 71,1 | 69,9 | 72,3 | 22,4 | 19,8 | 25,3 | 20,6 | 19,6 | 21,7 | 7,5 | 6,0 | 9,4 | 7,2 | 6,6 | 7,9 | 91,0 | 88,3 | 93,1 | 91,9 | 91,1 | 92,6 |
| 65 ans et plus | 38,0[E] | 35,4 | 40,8 | 48,9 | 47,7 | 50,2 | 62,6[E] | 59,5 | 65,6 | 70,7 | 69,6 | 71,8 | 50,9 | 48,2 | 53,7 | 47,9 | 46,7 | 49,0 | 17,8[E] | 15,6 | 20,4 | 14,6 | 13,8 | 15,5 | 94,9 | 93,2 | 96,1 | 95,7 | 95,2 | 96,1 |

[E] *À utiliser avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)*

[1] *Problème de santé diagnostiqué ayant duré ou qui pourrait durer au moins six mois.*

[2] *entre significativement différente (p <=0,05) de l'estimation pour les Canadiennes de naissance du même groupe d'âge.*

**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.

6. La définition d'un « immigrant » dans le cadre de l'ESCC (une personne née à l'extérieur du Canada et ne possédant pas la citoyenneté canadienne à la naissance) diffère légèrement de celle de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 (une personne ne possédant pas la citoyenneté canadienne de naissance, mais à qui les autorités canadiennes de l'immigration ont accordé le droit de vivre au Canada). Les résultats présentés dans le chapitre *Les femmes immigrantes* sont fondés sur la définition de l'ENM.
7. Sont exclus du champ de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, la population vivant en établissement et les personnes vivant dans les régions excessivement éloignées de la région du Nunavik et de la région des Terres-Crees-de-la-Baie-James au Québec. En tout, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible.

Des études ont mis en lumière des variations considérables de la santé selon le pays d'origine[6]. Par exemple, les femmes originaires d'Asie représentaient la plus grande proportion des immigrantes de 25 ans ou plus (environ 43 %) au Canada en 2013-2014, et elles étaient les moins susceptibles, tous âges confondus, de déclarer avoir une santé globale très bonne ou excellente (tableau 3). Les résultats étaient comparables en ce qui concerne la santé mentale (données non présentées). Les immigrantes de 45 ans ou plus provenant d'Amérique centrale et du Sud, des Caraïbes, des Bermudes et d'Europe étaient aussi moins susceptibles que les Canadiennes de naissance du même âge de déclarer avoir une santé globale très bonne ou excellente. En outre, bien que les immigrantes de 25 à 44 ans de tous les pays (sauf les autres régions d'Amérique du Nord) fussent moins susceptibles que les Canadiennes de naissance de déclarer avoir un médecin régulier, cet écart ne persistait pas chez les femmes de 45 ans ou plus.

Tableau 3
Santé globale autoévaluée et accès à un médecin régulier chez les femmes de 25 ans ou plus, selon le lieu de naissance et le groupe d'âge, Canada, 2013-2014

| | Santé globale autoévaluée comme étant très bonne ou excellente | | | | | | | | | À un médecin de famille | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 25 à 44 ans | | | 45 à 64 ans | | | 65 ans et plus | | | 25 à 44 ans | | | 45 à 64 ans | | | 65 ans et plus | | |
| | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | |
| | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à |
| **Lieu de naissance** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Canada | 67,5 | 66,2 | 68,7 | 59,7 | 58,4 | 61,0 | 49,0 | 47,8 | 50,3 | 88,3 | 85,3 | 87,4 | 91,9 | 91,1 | 92,6 | 95,7 | 95,2 | 96,1 |
| Ailleurs en Amérique du Nord | 72,3 | 61,5 | 81,0 | 73,3[†] | 62,4 | 82,0 | 68,9[†] | 57,6 | 74,3 | 85,4 | 75,0 | 91,9 | 93,1 | 88,6 | 96,5 | 95,7 | 91,4 | 97,9 |
| Amérique centrale, Caraïbes, Bermudes et Amérique du Sud | 62,6 | 54,6 | 70,0 | 48,5[†] | 39,0 | 58,0 | 38,0[†] | 28,6 | 48,4 | 70,0[†] | 62,8 | 77,8 | 89,7 | 84,0 | 93,6 | 94,6 | 91,8 | 96,6 |
| Europe | 69,7 | 63,9 | 75,0 | 53,4[†] | 48,8 | 57,9 | 39,6[†] | 36,7 | 42,6 | 78,9[†] | 73,8 | 83,3 | 94,4[†] | 92,3 | 95,9 | 95,0 | 92,8 | 96,5 |
| Afrique | 63,6 | 54,9 | 71,4 | 49,2 | 35,0 | 63,6 | 43,2 | 30,4 | 57,0 | 69,6[†] | 61,8 | 76,4 | 89,1[†] | 85,3 | 89,6 | 95,6 | 91,2 | 98,1 |
| Asie | 56,7 [‡] | 55,6 | 63,7 | 42,6 [‡] | 37,3 | 48,0 | 27,1 [‡] | 21,3 | 33,8 | 81,2 [‡] | 77,7 | 84,2 | 90,8 | 84,7 | 94,6 | 92,2 | 87,1 | 95,4 |

[†] valeur significativement différente (p <=0,05) de l'estimation pour le Canada dans le même groupe d'âge.
**Note :** L'Océanie est incluse dans l'Europe.
**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.

6. M. Rotermann, « Répercussions de la prise en compte du lieu de naissance dans les analyses de la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, 2011, vol. 22, nº 4, p. 1-6.

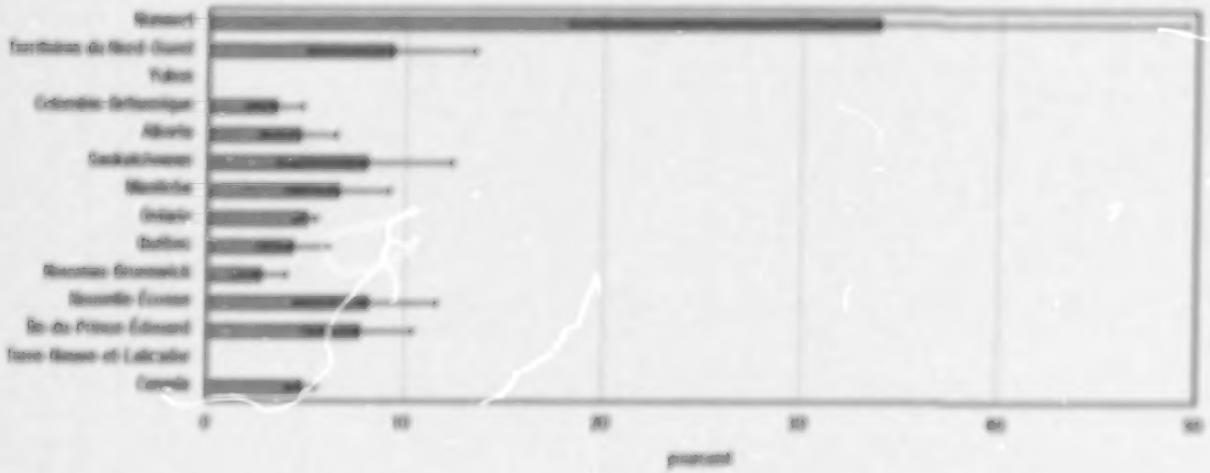
## 3. Enfance

### Comportements influant sur la santé

#### Sécurité alimentaire

Une alimentation nourrissante et nutritive dans l'enfance favorise une croissance et un développement normaux et contribue à prévenir l'obésité et les maladies chroniques qui y sont associées et se manifestent à un âge plus avancé[9]. Certains enfants vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, ou ils n'ont pas accès à des aliments de qualité adéquate ou en quantité suffisante. Environ 5 % des enfants de 5 ans ou moins vivaient dans un ménage de ce type en 2011-2012. Le risque de vivre dans un tel ménage n'était pas le même partout au Canada (graphique 2). Ces résultats étaient les mêmes qu'en 2007-2008 (données non présentées).

**Graphique 2**
**Pourcentage des enfants de 0 à 5 ans vivant au sein d'un ménage en situation d'insécurité alimentaire, par province et territoire, Canada, 2011 à 2012**




† = intervalle de confiance à 95 %
**Note :** À cause de la petite taille des échantillons, les estimations pour Terre-Neuve-et-Labrador et pour le Yukon ne sont pas présentées séparément, mais sont incluses dans le total pour le Canada.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM n° 105-0546, 2011 à 2012.

#### Équilibre nutritionnel

L'examen de l'apport nutritionnel peut contribuer à brosser un portrait de la santé nutritionnelle des enfants. Selon les plus récentes données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004 (ESCC – Cycle 2.2 Nutrition), plus de 95 % des filles et des garçons de 1 à 3 ans avaient un apport acceptable en protéines et en glucides[10], tandis que 47 % avaient un apport en lipides inférieur à la fourchette des valeurs acceptables[11]. Les lipides contribuent à répondre aux besoins énergétiques liés à la croissance et au développement des jeunes enfants, et une alimentation faible en gras à l'enfance peut entraîner une assimilation insuffisante de certains micronutriments, notamment les vitamines liposolubles[12]. En revanche, 68 % des enfants de 4 à 8 ans avaient un apport acceptable en lipides, et presque tous (99 %) avaient un apport acceptable en protéines et en glucides. Quand les données de l'ESCC – Nutrition de 2015 seront diffusées à l'automne 2016, il sera possible de savoir si la situation a changé depuis.

9. Santé Canada. *Les enfants Canadiens comblent de leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation?*, produit n° H164-113/1-2013F-PDF au catalogue, 2013, Ottawa.
10. La fourchette acceptable est fondée sur la fourchette de distribution acceptable des macronutriments (FDAM).
11. Santé Canada. *Les enfants Canadiens comblent de leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation?*, produit n° H164-113/1-2013F-PDF au catalogue, 2013, Ottawa.
12. Institute of Medicine. *Dietary Reference Intake: The Essential Guide to Nutrient Requirements*, Washington, The National Academies Press, 2006.

En plus de prévenir les maladies associées à des carences, certains minéraux et vitamines jouent un rôle important dans la prévention des maladies chroniques liées à l'alimentation[13]. La vitamine D aide l'organisme à utiliser le calcium et le phosphore pour former et maintenir des os et des dents solides[14], tandis que la vitamine B12 est essentielle à la formation normale des globules rouges et au fonctionnement neurologique[15]. Le fer, quant à lui, participe au transport de l'oxygène dans tous les tissus de l'organisme aux fins du métabolisme; les indicateurs fonctionnels d'une carence en fer sont une capacité réduite d'effort physique, un retard du développement psychomoteur chez le nourrisson et un déficit de la fonction cognitive[16]. La majorité des enfants au Canada ont un apport suffisant de ces vitamines. La presque totalité des enfants de 3 à 11 ans recevaient suffisamment de vitamine B12[17]; 98 % avaient un taux d'hémoglobine (un indicateur d'anémie) suffisant; 97 % à 98 % avaient un taux de ferritine (un indicateur du stockage du fer)[18] suffisant; et 89 % des enfants 3 à 5 ans et 76 % des enfants 6 à 11 ans avaient un taux de vitamine D probablement suffisant pour assurer une santé optimale des os[19]. On a constaté peu de différence entre les filles et les garçons.

### Vaccination des enfants au Canada

En 2013-2014, d'après l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants (ECVNE) de 2013, 93 % des enfants de 2 ans avaient été vaccinés contre la polio et 89 %, contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. L'ECVNE comprenait aussi des questions à propos des connaissances, des attitudes et des croyances à l'égard des vaccins et de la vaccination; 95 % des parents pensaient que les vaccins administrés aux enfants sont sûrs, et 97 % croyaient que les vaccins sont efficaces et importants pour la santé des enfants. Toutefois, près de 70 % des parents ont exprimé des préoccupations quant aux effets secondaires des vaccins, et plus du tiers croyaient qu'un vaccin peut causer la maladie qu'il est censé prévenir.

**Source :** Gouvernement du Canada, Couverture vaccinale des enfants canadiens : points saillants de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants de 2013 (ENCVE), 2015, http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/immunization-coverage-children-2013-couverture-vaccinale-enfants/index-fra.php (site consulté le 17 août 2015).

### Poids et condition physique

Les taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants ont augmenté au Canada depuis 40 ans[20]. En 2012-2013, 17 % des filles de 6 à 11 ans faisaient de l'embonpoint et 10 % étaient obèses selon l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré[21]. Les filles de ce groupe d'âge avaient un IMC moyen de 17,6 kg/m$^2$ [22], une valeur sensiblement supérieure à la moyenne de 16,0 kg/m$^2$ observée pour les filles d'un groupe d'âge similaire (7 à 10 ans) en 1981[23]. La même étude, qui comparait les mesures anthropométriques et les mesures de la forme physique de 1981 à des données plus récentes, a révélé que la circonférence de la taille et la somme des cinq mesures de plis cutanés des filles ont aussi beaucoup augmenté, alors que les mesures de la souplesse et de la force musculaire ont diminué au fil du temps. Les tendances sont comparables chez les garçons.

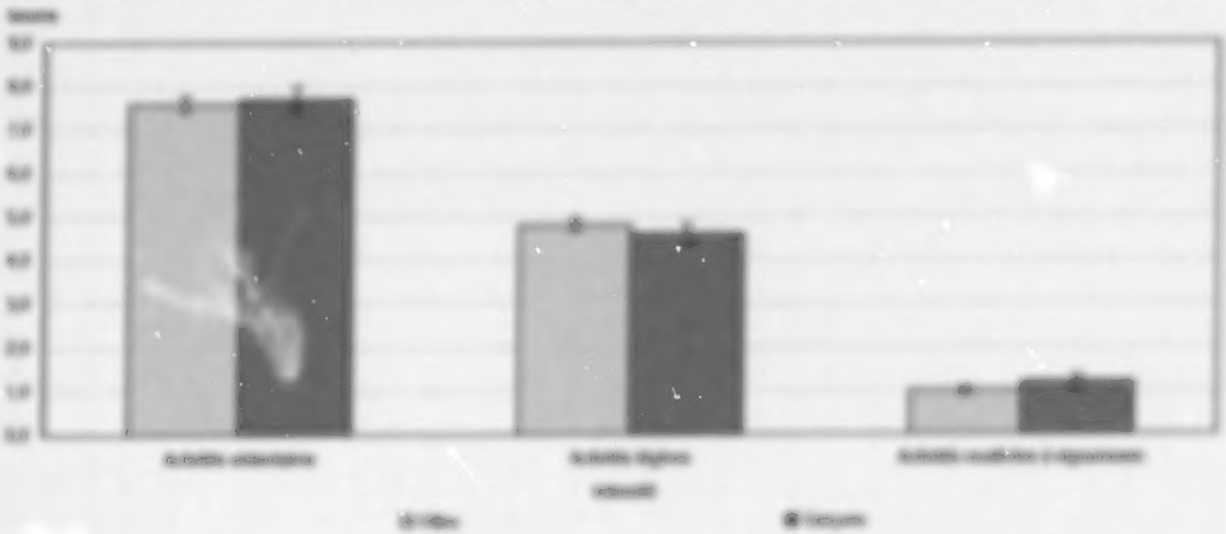
Les données montrent que l'obésité juvénile non seulement accroît le risque d'obésité plus tard dans la vie, mais contribue aussi à l'apparition prématurée de certains problèmes de santé, comme le diabète de type 2 et l'hypertension[24]. Au Canada, les données récentes montrent que la tension artérielle systolique et la tension artérielle diastolique moyennes des filles de 6 à 11 ans faisant de l'embonpoint ou obèses sont respectivement de 6 mmHg et de 3 à 4 mmHg supérieures à celles de leurs contreparties ayant un poids normal[25].

13. Organisation mondiale de la Santé, Dietary recommendations / Nutritional requirements, [illegible] (site consulté le 15 avril 2015).
14. Santé Canada, La vitamine D et le calcium : Révision des apports nutritionnels de référence, [illegible] (site consulté le 15 avril 2015).
15. Santé Canada, Vitamine B12, [illegible] (site consulté le 15 avril 2015).
16. Institute of Medicine, Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements, Washington, The National Academies Press, 2006.
17. Statistique Canada, Niveaux de vitamine B12 chez les Canadiens, 2009 à 2011, [illegible] (site consulté le 15 avril 2015).
18. Statistique Canada, Niveaux suffisants de fer chez les Canadiens, 2009 à 2011, [illegible] (site consulté le 15 avril 2015).
19. T. Janz et coll., « Niveaux de vitamine D dans le sang des Canadiens », Coup d'œil sur la santé, produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada, 2013, Ottawa.
20. M.S. Tremblay et coll., « Condition physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », Rapports sur la santé, 2010, vol. 21, n° 1, p. 7-16.
21. Statistique Canada, tableau CANSIM n° 117-0005, 2013.
22. Statistique Canada, tableau CANSIM n° 117-0001, 2013.
23. M.S. Tremblay et coll., « Condition physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », Rapports sur la santé, 2010, vol. 21, n° 1, p. 7-16.
24. Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé, Obésité au Canada, produit n° HP5-107/2011F-PDF au catalogue, 2011, Ottawa.
25. Statistique Canada, Tension artérielle des enfants et des adolescents, 2012 à 2013, produit n° 82-625-X au catalogue de Statistique Canada, 2014, Ottawa.

### Activité physique

Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), un mode de vie sédentaire, en plus d'être associé à un risque accru d'obésité, est lié à une « épidémie moins visible, mais tout aussi importante, d'insuffisance de la condition cardiorespiratoire » [Traduction][26]. En 2012-2013, les filles et les garçons de 6 à 11 ans passaient un peu moins de huit heures d'éveil par jour dans des activités sédentaires (graphique 3). Ils consacraient en moyenne un peu moins de cinq heures par jour à des activités légères, et environ une heure à des activités physiques modérées à vigoureuses (APMV). En conséquence, seulement 8 % des filles et 16 % des garçons de ce groupe d'âge respectaient les lignes directrices en matière d'activité physique d'au moins 60 minutes d'APMV chaque jour[27]. En revanche, une étude menée en 2013 a révélé que 84 % des enfants de 3 et 4 ans satisfaisaient aux lignes directrices en matière d'activité physique en vigueur, soit d'être actif pendant au moins 180 minutes par jour, peu importe l'intensité[28]. Ce recul du niveau d'activité physique entre la petite enfance et le milieu de l'enfance persiste à mesure que les enfants vieillissent (voir la section Adolescence). De même, une étude portant sur les trajectoires de participation des filles à des activités physiques organisées a révélé que pour 76 % des filles, l'activité physique atteint un sommet au milieu de l'enfance, puis décline jusqu'à l'adolescence[29].

**Graphique 3**
**Nombre moyen d'heures d'activité par jour, selon le degré d'intensité et le sexe, enfants de 6 à 11 ans, Canada, 2012 à 2013**



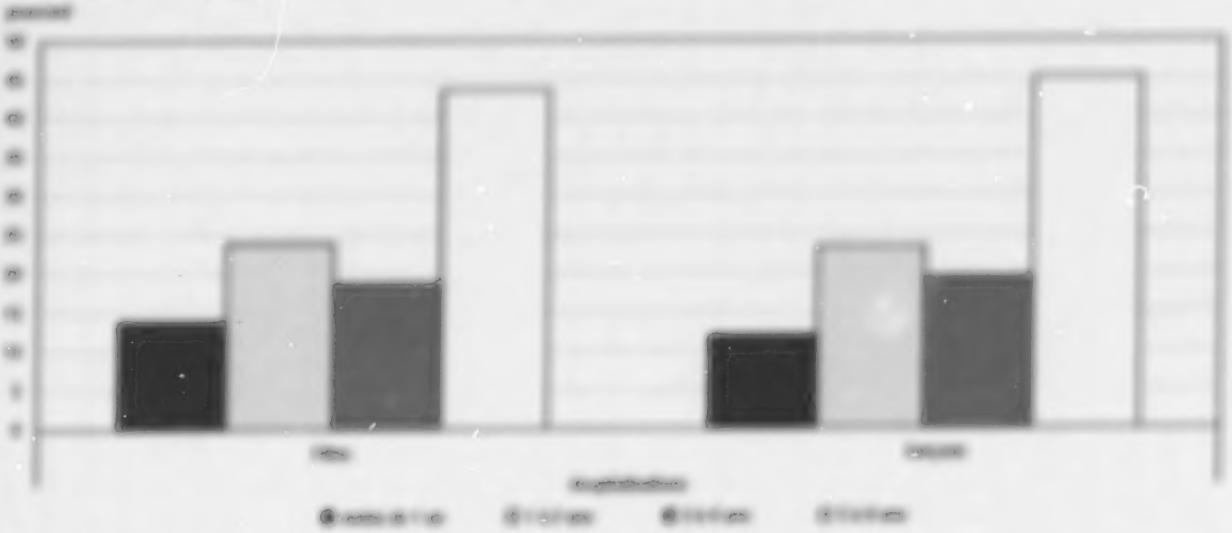

I–I intervalle de confiance à 95 %
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM 117-0019, 2012-2013.

26. F. Sassi et coll., « The obesity epidemic: Analysis of past and projected future trends in selected OECD countries », OECD Health Working Papers, 2009, n° 45.
27. Statistique Canada, tableau CANSIM 117-0019, 2013.
28. R.C. Colley et coll., « Physical activity and sedentary behavior during the early years in Canada: A cross-sectional study », International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2013, vol. 10, n° 66.
29. L.C. Findlay et coll., « Children's organized physical activity patterns from childhood into adolescence », Journal of Physical Activity and Health, 2009, vol. 6, p. 708-715.

### Blessures accidentelles et hospitalisations

[illegible] Bien que l'on ait constaté environ 40 % plus d'hospitalisations chez les garçons (données non présentées), la répartition dans les groupes d'âge est presque la même chez les filles que chez les garçons (graphique 4).

**Graphique 4**
**Répartition par âge des hospitalisations pour cause de blessure accidentelle, selon le sexe, enfants de moins de 15 ans, Canada (sauf le Québec), 2013 à 2014**




**Note :** Les estimations relatives aux blessures accidentelles ont été calculées en soustrayant les hospitalisations pour blessure à la suite d'une agression des estimations totales des hospitalisations pour blessure des enfants de moins de 15 ans.
**Source :** Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, Rapport sur l'hospitalisation [illegible]

Les recherches montrent que l'hospitalisation à la suite d'une blessure varie selon le statut socioéconomique. Les résultats d'une étude portant sur les hospitalisations à la suite d'un [illegible] blessure accidentelle ont révélé que les enfants vivant dans un quartier où les revenus sont dans le quintile inférieur avaient généralement un taux d'hospitalisation plus élevé que ceux habitant dans les quartiers où les revenus sont dans le quintile supérieur[21]. Les résultats d'une autre étude ont montré un gradient similaire, particulièrement en ce qui concerne les accidents impliquant un véhicule à moteur[22].

### Maladie

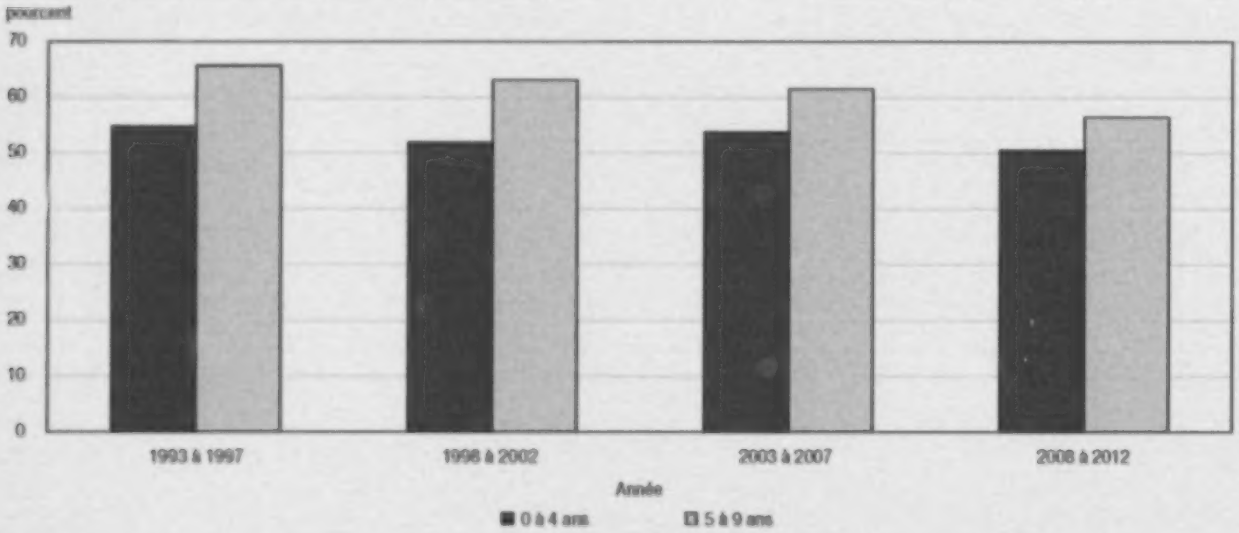
#### Cancer

Les cancers des enfants diffèrent de ceux des adultes en ce qui concerne le stade anatomique et l'évolution de la maladie. En règle générale, les tumeurs ont des périodes de latence plus courtes et sont plus agressives et envahissantes chez les enfants que chez les adultes[23]. En 2010, on a déclaré 200 nouveaux cas de cancer chez des filles de 0 à 4 ans, et 105 nouveaux cas chez des filles de 5 à 9 ans[24]. Depuis 1985, la leucémie et les cancers touchant le système nerveux central (y compris le cerveau) représentent entre 30 % et 35 % des nouveaux

[illegible]

cas de cancer dans le premier groupe d'âge, et sont passés de 66 % à 56 % dans le deuxième groupe d'âge (graphique 5). Les résultats étaient comparables pour les garçons du premier groupe d'âge, tandis que les pourcentages sont demeurés relativement stables à environ 60 % pour les garçons de 5 à 9 ans (données non présentées). Entre 2006 et 2010, ces deux catégories de cancer représentaient 60 % de tous les décès par cancer chez les enfants de moins de 15 ans[35]. En 2011, le cancer représentait la troisième cause de décès chez les filles de 1 à 4 ans et la principale cause de décès chez les filles de 5 à 9 ans; il comptait pour 9 % et 20 % du nombre total de décès dans chaque groupe d'âge, respectivement[36].

**Graphique 5**
**Nouveaux cas de leucémie et de cancer du système nerveux central en pourcentage des nouveaux cas de cancer, selon le groupe d'âge, filles de 0 à 9 ans, Canada, 1993 à 2012**




**Notes :** Les estimations sont fondées sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple inférieur ou supérieur de 5.
Les données sur l'incidence du cancer au Québec ne sont pas accessibles pour les années de diagnostic 2011 et 2012. Pour cette raison, les données de 2010 du Québec ont été copiées pour les années 2011 et 2012.
Les estimations des cas de leucémie comprennent la leucémie aiguë lymphoblastique, la leucémie lymphoïde chronique, la leucémie aiguë myéloïde, la leucémie myéloïde chronique et les autres formes de leucémie.
Les estimations des cancers du système nerveux central comprennent les cancers du cerveau et des nerfs crâniens, ainsi que les autres cancers du système nerveux.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 103-0550, 1993-2012.

## Utilisation des services de santé en raison d'une maladie mentale chez les enfants

Le taux d'utilisation des services de santé en raison d'une maladie mentale a augmenté au fil du temps au Canada tant pour les filles que pour les garçons[37]. De 1996-1997 à 2009-2010, le taux d'utilisation a augmenté de 34 % chez les 5 à 9 ans[38], ce qui pourrait être attribuable à une hausse réelle du nombre de cas ou à une augmentation de la détection et du traitement en raison d'une meilleure sensibilisation à la maladie mentale chez les enfants. Par exemple, il se pourrait que le taux de diagnostic de certains troubles des conduites et troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ait augmenté à cause d'une sensibilisation accrue des professionnels de la santé, des parents et des enseignants[39]. Durant la période allant de 2007 à 2011, les psychostimulants (comme le Ritalin) et les nootropiques pour le TDAH représentaient les classes de médicaments sur ordonnance les plus souvent déclarées pour les 6 à 14 ans, la prévalence s'établissant à 2,5 % chez les filles et à 6 % chez les garçons[40].

35. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*, Société canadienne du cancer, Toronto, Ontario, 2015.
36. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0561, 2011.
37. D'après le Système canadien de surveillance des maladies chroniques, qui renferme des données sur les déclarations de facturation des médecins et les congés des patients des hôpitaux, jumelées aux registres de l'assurance-maladie provinciaux et territoriaux.
38. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies courantes au Canada: 2015*, produit nº HP35-56/2015F-PDF au catalogue, Ottawa, 2015.
39. *Ibid.*
40. M. Rotermann, et coll., « Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans », *Rapports sur la santé*, 2014, vol. 25, nº 6, p. 3-10.

## 4. Adolescence

### Comportements influant sur la santé

#### Consommation de fruits et de légumes

Les besoins nutritionnels sont plus grands à l'adolescence qu'à n'importe quelle autre étape de la vie. Des études indiquent que les aliments et les boissons consommés par les adolescents, particulièrement les filles, ne leur procurent pas tous les nutriments dont ils ont besoin[41]. En 2014, 48 % des filles et 39 % des garçons de 12 à 19 ans déclaraient consommer chaque jour le nombre minimal de cinq portions de fruits et légumes recommandé[42]. Cette proportion n'a pratiquement pas changé pour les filles depuis 2003[43].

#### Équilibre nutritionnel

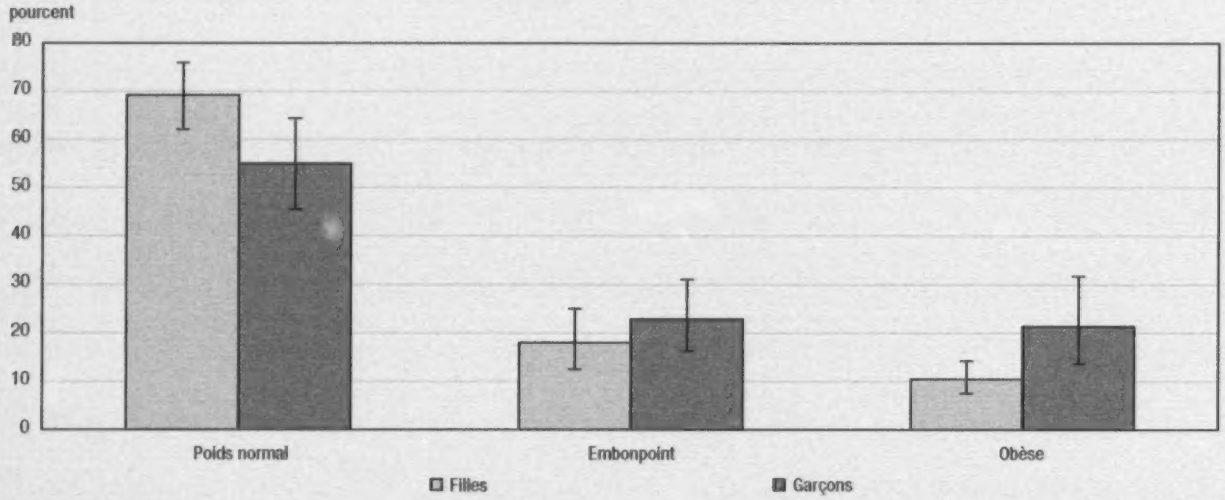
Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC – Cycle 2.2 Nutrition) de 2004 — les plus récentes disponibles —, environ le quart des calories consommées chaque jour par les adolescentes proviennent de sucres; de fait, les boissons gazeuses, les confiseries, les boissons aux fruits et les sucres ajoutés représentent 44 % des calories consommées provenant de sucres[44]. Les données montrent aussi la prévalence d'apports *insuffisants* de 10 % à 20 % en nutriments comme la vitamine A, le magnésium et le zinc chez les adolescentes de 9 à 13 ans, tandis que l'insuffisance des apports en vitamine D et en calcium s'établissait à 93 % et à 67 %, respectivement[45]. De même, chez les adolescentes de 14 à 18 ans, on constate des apports insuffisants de 10 % à 25 % en vitamines B6 et B12, en folate, en zinc et en fer, et des insuffisances encore plus importantes de l'apport en vitamine D (94 %) et en calcium (70 %). Des études plus récentes examinant les taux *mesurés* de vitamines dans le sang ont révélé qu'entre 2009 et 2011, 96 % des adolescentes de 12 à 19 ans avaient un taux suffisant de vitamine B12[46], tandis que 97 % d'entre elles avaient un taux suffisant d'hémoglobine (une mesure de l'anémie) et 87 %, un taux suffisant de ferritine (une mesure du stockage du fer)[47]. Ces taux étaient inférieurs à ceux constatés chez les filles plus jeunes (voir la section *Enfance*) et chez les garçons de 12 à 19 ans (données non présentées).

#### Poids et condition physique

En 2012-2013, 18 % des adolescentes de 12 à 18 ans faisaient de l'embonpoint, et un autre 10 % étaient obèses (graphique 6). Ensemble, ces taux correspondent au double du taux constaté en 1981, alors que 14 % des adolescentes de 15 à 19 ans faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses[48]. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen actuel de 22,5 kg/m$^2$ pour les adolescentes de 12 à 19 ans[49] est également plus élevé qu'il l'était en 1981, et les filles de ce groupe d'âge avaient des mesures de la circonférence de la taille plus élevées pour un même IMC que par le passé[50]. Leur condition physique s'était également détériorée, comme l'indiquent les pourcentages plus élevés d'adolescentes de 15 à 19 ans ayant obtenu une note « passable » ou « amélioration nécessaire » à l'évaluation de la souplesse et la force musculaire (graphique 7). On a aussi observé une augmentation du poids et de la circonférence de la taille et une diminution de la condition physique au fil du temps chez les adolescents (données non présentées).

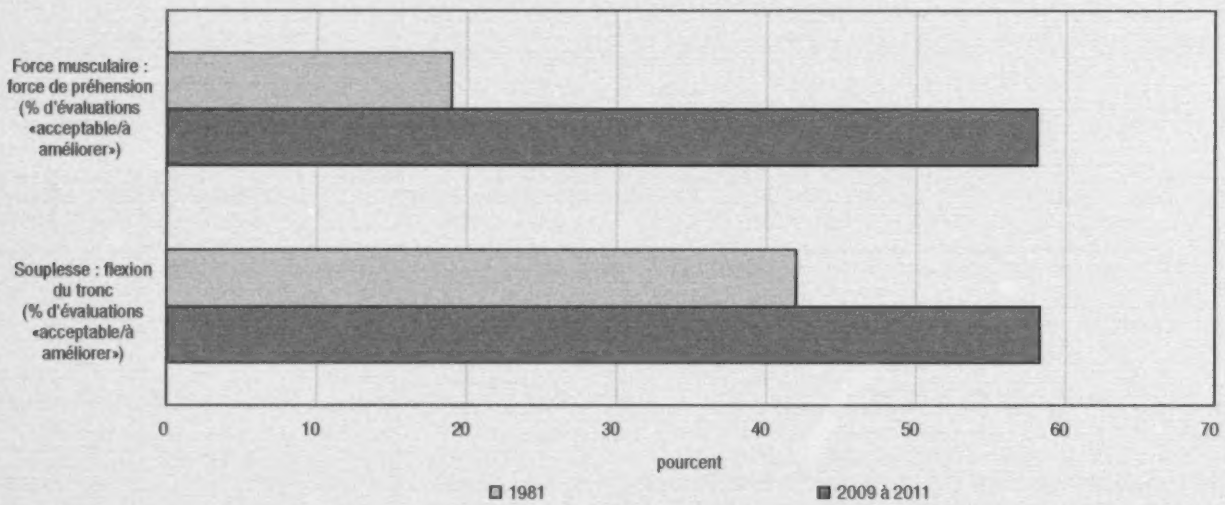
41. M. Story et J. Stang, « Nutrition needs of adolescents », *Guidelines for adolescent nutrition services*, publié sous la direction de J. Stang et coll., Minneapolis, University of Minnesota, 2005, p. 21-34.
42. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2003-2014.
43. *Ibid.*
44. K. Langlois et coll., « Consommation de sucre chez les Canadiens de tous âges », *Rapports sur la santé*, 2011, vol. 22, nº 3, p. 1-6.
45. Santé Canada, *Les adolescents Canadiens comblent-ils leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation?*, produit nº H164-112/2-2012F-PDF au catalogue, 2012, Ottawa.
46. Statistique Canada, *Niveaux de vitamine B12 chez les Canadiens, 2009 à 2011*, http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11731-fra.htm#n1 (site consulté le 19 août 2015).
47. Statistique Canada, *Niveaux suffisants de fer chez les Canadiens, 2009 à 2011*, http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11734-fra.htm#n1 (site consulté le 19 août 2015).
48. M.S. Tremblay et coll., « Condition physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21, nº 1, p. 1-16.
49. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0001, 2013.
50. I. Janssen et coll., « Changes in the obesity phenotype within Canadian children and adults, 1981 to 2007-2009 », *Obesity*, 2012, vol. 20, p. 916-919.

**Graphique 6**
**Répartition selon la catégorie d'indice de masse corporelle et le sexe, population de 12 à 18 ans, Canada, 2012 à 2013**




I = intervalle de confiance à 95 %
**Note :** Les catégories d'indice de masse corporelle ont été dérivées à partir du système de classification des indices de masse corporelle (IMC) des enfants établi par l'Organisation mondiale de la santé, qui est fondé sur la taille et le poids mesurés.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0004, 2013.

**Graphique 7**
**Pourcentage d'évaluations sous-optimales des avantages pour la santé en ce qui concerne la force musculaire et la souplesse, population des filles de 15 à 19 ans, Canada, 1981 et 2009 à 2011**




**Sources :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0007, 2011 et M.S. Tremblay et coll., « Condition physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », Rapports sur la santé, 2010, vol. 21, nº 1, p. 1-16.

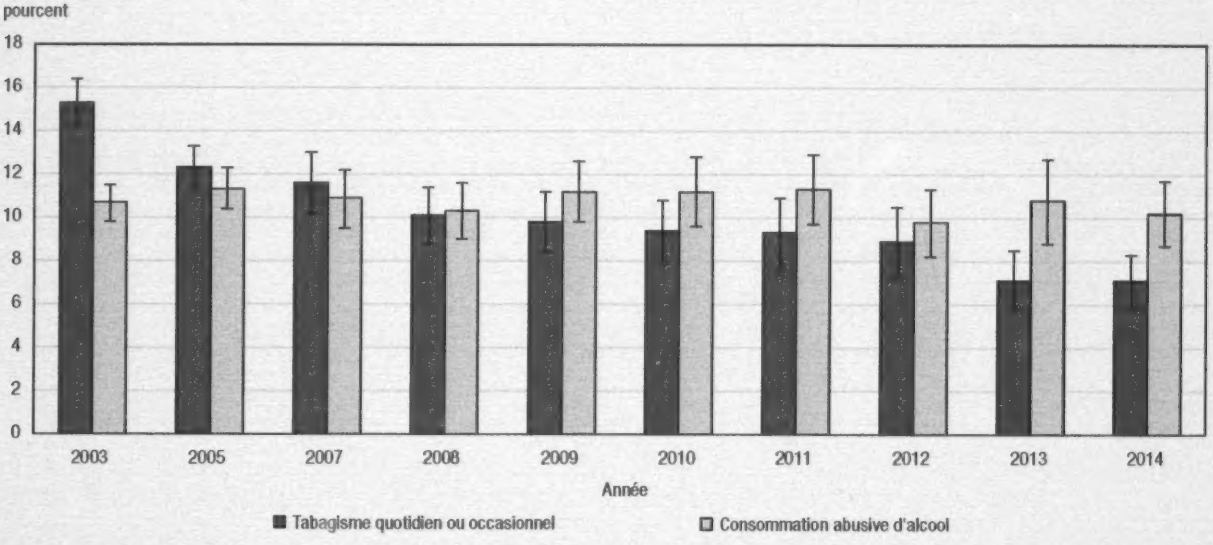
## Activité physique

L'activité physique est associée à de nombreux avantages pour la santé chez les jeunes; toutefois, des études montrent que pour procurer des avantages réels pour la santé, l'activité physique doit être au moins d'intensité modérée[51]. En 2012-2013, seulement 2,5 % des adolescentes de 12 à 17 ans satisfaisaient aux lignes directrices en vigueur en matière d'activité physique, soit au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse (APMV) chaque jour[52]. Le nombre médian (la moitié en dessous, la moitié au-dessus) de minutes consacrées à des APMV était d'environ 40 minutes[53], tandis que le nombre médian de minutes passées à des activités sédentaires durant les heures d'éveil était de 559 minutes (plus de 9 heures)[54]. Ces résultats constatés chez les adolescentes représentent une diminution considérable de l'activité physique par rapport à l'enfance (voir la section *Enfance*). On constate aussi une diminution de l'activité physique entre l'enfance et l'adolescence chez les garçons (données non présentées).

## Alcool et drogues

L'adolescence est une étape formative du développement de l'enfant et constitue une période d'expérimentation du tabac, de l'alcool et des drogues[55]. En 2012, les filles de 15 à 24 ans étaient moins susceptibles que les garçons d'être considérées comme satisfaisant aux critères des troubles liés à l'utilisation de substances au cours de la vie, qu'il s'agisse de drogues ou d'alcool (16 % contre 26 %)[56]. En outre, chez les filles de 12 à 19 ans, le taux de tabagisme est passé de 15 % en 2003 à 7 % en 2014, alors que le taux de consommation abusive d'alcool est demeuré assez stable[57], autour de 10 % à 11 % (graphique 8). En 2014, les taux de tabagisme et de consommation abusive d'alcool chez les garçons étaient comparables à ceux des filles (données non présentées). Durant la même période, l'exposition à la fumée secondaire à la maison a diminué et est passée de 23 % à 9 %[58], ce qui pourrait expliquer la réduction du taux de tabagisme constaté chez les filles, puisque le tabagisme des parents a été associé au tabagisme à l'adolescence[59].

**Graphique 8**
**Prévalence du tabagisme et de la consommation abusive d'alcool, population des filles de 12 à 19 ans, Canada, 2003 à 2014**




I = intervalle de confiance à 95 %
**Notes :** Jusqu'en 2012, la consommation abusive d'alcool s'entendait de cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année précédente. À compter de 2013, la définition pour les femmes a été modifiée à quatre verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année précédente.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2003-2014.

51. I. Janssen et A.G. LeBlanc, « Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2010, vol. 7, nº 40, p. 1-16.
52. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0019, 2013.
53. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0021, 2013.
54. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0020, 2013.
55. Agence de la santé publique du Canada, *La santé des jeunes Canadiens : un accent sur la santé mentale*, produit nº HP15-13/2011F-PDF au catalogue, 2011, Ottawa.
56. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-1101, 2012.
57. En dépit du fait qu'en 2013, la définition de « consommation abusive d'alcool » pour les femmes soit passée de « cinq verres d'alcool ou plus » à « quatre verres d'alcool ou plus » en une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année précédente, les données semblent tout de même indiquer une tendance relativement stable au fil du temps.
58. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2003-2014.
59. D.H. Bernet et coll., « Adolescent smoking trajectories: Results from a population-based cohort study », *Journal of Adolescent Health*, 2008, vol. 43, nº 4, p. 334-340.

En 2012, 20 % des filles et 21 % des garçons de 15 à 17 ans ont déclaré avoir consommé de la marijuana au cours des 12 mois précédents, une diminution de près du tiers par rapport à 2002[60]. Dans le cadre d'une étude menée en 2010 auprès d'élèves de la 9e année et de la 10e année au Canada, 17 % des filles et 19 % des garçons ont déclaré avoir consommé de la marijuana au cours des 30 jours précédents; de ce nombre, environ 1 sur 5 en avait consommé 20 fois ou plus[61]. La même étude a révélé que les pourcentages déclarés d'utilisation de drogues illicites au cours de l'année précédente étaient inférieurs à ceux de l'utilisation de marijuana. Les analgésiques, l'ecstasy, le LSD et d'autres hallucinogènes, ainsi que la salvia étaient les drogues les plus souvent citées par les filles et les garçons interrogés dans le cadre de l'étude, les pourcentages allant de 2 % à 6 %[62].

## Activité sexuelle et reproduction

Le début de l'adolescence est marqué par la puberté, un processus orchestré par les hormones qui aboutit à la maturation sexuelle[63]. Le moment de la puberté chez les filles a des incidences sur la santé physique et psychologique à long terme, les adolescentes qui atteignent la maturité plus vite étant plus susceptibles d'avoir une apparence se rapprochant de celle d'une adulte, d'adopter des comportements comme le tabagisme quotidien et l'abus d'alcool et de drogues et d'avoir leurs premiers rapports sexuels à un âge plus précoce que leurs compagnes atteignant la maturité plus tard[64].

### Activité sexuelle

En 2013-2014, tout comme pour les années antérieures, environ 94 % des adolescentes de 15 à 19 ans ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents, l'âge moyen des premiers rapports sexuels s'établissant à 15,8 ans[65]. De ce nombre, 34 % ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus, et parmi celles-ci, 66 % ont dit avoir utilisé un condom la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels[66]. Les condoms ne sont pas le seul moyen de contraception utilisé par les jeunes femmes. De 2007 à 2011, 30 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans non enceintes ont déclaré avoir utilisé un contraceptif oral au cours du mois précédent[67].

60. M. Rotermann et coll., « Prévalence et corrélats de la consommation de marijuana au Canada, 2012 », *Rapports sur la santé*, 2015, vol. 26, nº 4, p. 11-16.
61. Agence de la santé publique du Canada. *La santé des jeunes Canadiens : un accent sur la santé mentale*, produit no HP15-13/2011F-PDF au catalogue, 2011, Ottawa.
62. Les estimations étaient présentées uniquement pour les élèves anglophones.
63. T.O. Scholl et coll., « Puberty and adolescent pregnancy », *Women and Health*, 2e édition, publié sous la direction de M.B. Goldman et coll., États-Unis, Academic Press, 2013, p. 151-162.
64. *Ibid.*
65. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : données combinées, 2013-2014, totalisation personnalisée; et Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009, totalisation personnalisée.
66. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : données combinées, 2013-2014, http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150624/dq150624b-fra.htm (site consulté le 1er septembre 2015).
67. M. Rotermann et coll., « Utilisation des contraceptifs oraux chez les femmes de 15 à 49 ans : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé », *Rapports sur la santé*, 2015, vol. 26, nº 10, p. 24-32.

## Naissances

Des données antérieures sur la grossesse chez les adolescentes au Canada sont présentées dans le chapitre intitulé « Les femmes et la santé » du rapport *Femmes au Canada* de 2010-2011[68]. En raison des limites des données relatives aux estimations des grossesses chez les adolescentes au Canada[69], aucune information récente sur la grossesse chez les adolescentes ne peut être présentée ici. On dispose toutefois de données sur les naissances chez les adolescentes. De 2001 à 2010, abstraction faite de l'Ontario, le taux de naissances vivantes par âge chez les mères de 10 à 14 ans allait de 0,1 à 0,2 pour 1 000, et sont passées de 9,1 à 7,7 pour 1 000 chez les mères de 15 à 17 ans, et de 31,0 à 26,6 pour 1 000 chez les mères de 18 à 19 ans[70]. On constate des variations substantielles des taux de naissance entre provinces et territoires (tableau 4). De 2006 à 2010, abstraction faite de l'Ontario, le Québec avait le taux de naissance chez les mères de 10 à 17 ans le plus bas (1,6 pour 1 000) et la Colombie-Britannique avait le taux de naissance chez les mères de 18 à 19 ans le plus bas (17,8 pour 1 000), tandis que le Nunavut avait les taux de naissance les plus élevés pour ces deux groupes d'âge (29,4 et 168,9 pour 1 000, respectivement).

**Tableau 4**
**Taux de naissances vivantes, selon le groupe d'âge et la province ou le territoire, population des filles de 10 à 19 ans, Canada (sauf l'Ontario), 2006 à 2010**

| | 10 à 17 ans | | | 18 à 19 ans | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Naissances vivantes pour 1 000 femmes | Intervalle de confiance à 95 % | | Naissances vivantes pour 1 000 femmes | Intervalle de confiance à 95 % | |
| | | de | à | | de | à |
| **Région** | | | | | | |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 4,2 | 4,2 | 4,3 | 30,4 | 28,6 | 32,3 |
| Île-du-Prince-Édouard | 2,9 | 2,7 | 3,0 | 27,2 | 24,1 | 30,3 |
| Nouvelle-Écosse | 3,6 | 3,5 | 3,6 | 29,3 | 28,0 | 30,6 |
| Nouveau-Brunswick | 4,1 | 4,1 | 4,2 | 35,7 | 34,0 | 37,3 |
| Québec | 1,6 | 1,5 | 1,6 | 19,3 | 18,9 | 19,7 |
| Manitoba | 7,4 | 7,4 | 7,5 | 49,5 | 48,0 | 50,9 |
| Saskatchewan | 8,2 | 8,1 | 8,2 | 55,8 | 54,2 | 57,5 |
| Alberta | 4,0 | 4,0 | 4,1 | 33,7 | 33,0 | 34,4 |
| Colombie-Britannique | 2,1 | 2,1 | 2,1 | 17,8 | 17,3 | 18,3 |
| Yukon | 4,7 | 4,4 | 5,0 | 33,7 | 26,1 | 41,3 |
| Territoires du Nord-Ouest | 7,9 | 7,6 | 8,2 | 59,3 | 51,6 | 67,0 |
| Nunavut | 29,4 | 28,8 | 30,0 | 168,9 | 155,5 | 182,3 |
| Canada | 3,2 | 3,2 | 3,2 | 27,5 | 27,2 | 27,8 |

**Note :** Les données de l'Ontario ont été exclues en raison de préoccupations liées à la qualité des données.
**Source :** Agence de la santé publique du Canada, *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013 : Un rapport du Système canadien de surveillance périnatale*, produit nº HP7-1/2013F-PDF au catalogue, Ottawa, 2013.

68. M. Turcotte, « Les femmes et la santé », *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*, produit nº 89-503-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 2011.
69. A. McKay, « Trends in Canadian national and provincial/territorial teen pregnancy rates: 2001-2010 », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2012, vol. 21, nº 3-4, p. 161-175.
70. Agence de la santé publique du Canada, *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013 : Un rapport du Système canadien de surveillance périnatale*, produit nº HP7-1/2013F-PDF au catalogue, 2013, Ottawa.

## Infections transmises sexuellement

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, les cas déclarés d'infection à *Chlamydia* et de gonorrhée ont augmenté depuis 20 ans. Les facteurs expliquant cette hausse comprennent des méthodes d'analyse en laboratoire plus sensibles, un dépistage plus efficace, la résistance aux antimicrobiens et l'évolution des pratiques sexuelles (comme l'utilisation de drogues qui diminuent les inhibitions); tout cela entraîne une hausse du nombre de personnes contractant des infections transmises sexuellement (ITS)[71].

Chez les adolescents, les taux déclarés pour les filles et les garçons diffèrent considérablement (tableau 5). De 2003 à 2012, les taux déclarés d'infection à *Chlamydia* et de gonorrhée chez les adolescentes de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans étaient considérablement supérieurs à ceux des garçons. Durant cette période, les taux pour la gonorrhée ont fluctué chez les filles et les garçons, alors que les taux d'infection à *Chlamydia* sont demeurés relativement stables chez les filles de 10 à 14 ans et ont augmenté chez les filles de 15 à 19 ans ainsi que chez les garçons des deux groupes d'âge.

Tableau 5
**Taux d'infection à *Chlamydia* et d'infection gonococcique déclarés pour 100 000, selon le groupe d'âge et le sexe, population de 10 à 19 ans, Canada, 2003 à 2012**

| | *Infection à Chlamydia* | | | | Infection gonococcique | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10 à 14 ans | | 15 à 19 ans | | 10 à 14 ans | | 15 à 19 ans | |
| | Filles | Garçons | Filles | Garçons | Filles | Garçons | Filles | Garçons |
| | taux pour 100 000 | | | | | | | |
| **Année** | | | | | | | | |
| 2003 | 54,6 | 2,3 | 1429,6 | 265,9 | 5,7 | 0,5 | 118,5 | 48,9 |
| 2004 | 53,5 | 2,1 | 1458,0 | 284,8 | 6,8 | 0,6 | 126,0 | 57,3 |
| 2005 | 51,9 | 2,2 | 1431,3 | 287,1 | 9,0 | 0,6 | 116,4 | 55,0 |
| 2006 | 45,2 | 2,5 | 1407,2 | 298,8 | 8,4 | 0,5 | 141,1 | 66,9 |
| 2007 | 46,7 | 3,5 | 1440,8 | 311,9 | 8,2 | 1,1 | 149,0 | 71,5 |
| 2008 | 50,3 | 4,9 | 1636,6 | 356,6 | 7,8 | 1,6 | 161,6 | 68,5 |
| 2009 | 55,0 | 5,5 | 1718,4 | 394,7 | 7,1 | 0,9 | 141,2 | 59,0 |
| 2010 | 55,9 | 5,3 | 1794,1 | 415,9 | 6,6 | 1,6 | 135,3 | 56,4 |
| 2011 | 60,8 | 5,0 | 1847,8 | 437,2 | 6,5 | 2,0 | 129,7 | 56,8 |
| 2012 | 55,6 | 6,1 | 1800,4 | 454,9 | 7,1 | 1,7 | 141,3 | 58,4 |

**Notes :** Les données de 2011 et 2012 sont provisoires et peuvent faire l'objet de changements. Les données déclarées pour le Nunavut avant 2007 sont provisoires. Le Nunavut est exclu des estimations postérieures à 2007.
**Source :** Agence de la santé publique du Canada, *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2012*, produit n° HP37-10/2012F-PDF au catalogue, Ottawa, 2015.

### Le virus du papillome humain

On estime que le virus du papillome humain (VPH) est l'une des infections transmises sexuellement (ITS) les plus répandues au Canada et dans le monde[72]. Des études montrent qu'environ 75 % des femmes et des hommes actifs sexuellement sont susceptibles de contracter une infection à VPH dans la région anogénitale un jour ou l'autre[73]. Une infection à VPH persistante, de type à risque élevé, est la principale cause de 99 % des cancers du col utérin[74]. Depuis l'automne 2008, toutes les provinces et les territoires ont instauré ou annoncé des programmes de vaccination contre le VPH à l'intention des filles préadolescentes et adolescentes dans leur calendrier d'immunisation systématique[75]. Selon le rapport de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants de 2013, près des trois quarts des filles de 12 à 14 ans étaient vaccinées contre le VPH[76].

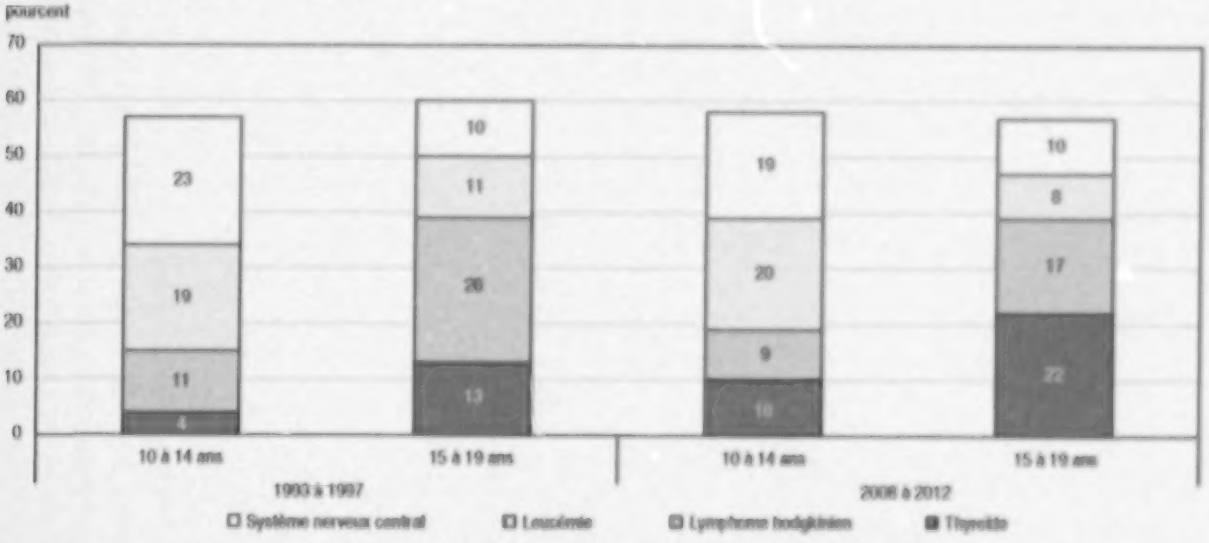
71. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2012*, produit n° HP37-10/2012F-PDF au catalogue, Ottawa, 2015.
72. Agence de la santé publique du Canada, *Ce qu'il faut savoir sur le virus du papillome humain (VPH) : Questions et réponses*, http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/hpv-vph/pdf/hpv-vph-qa-fra.pdf (site consulté le 28 octobre 2015).
73. Ibid.
74. Ibid.
75. Agence de la santé publique du Canada, « Mise à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain(VPH) », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2012, vol. 38.
76. Gouvernement du Canada, *Couverture vaccinale des enfants canadiens : points saillants de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants de 2013 (ENCVE)*, 2015, http://healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/immunization-coverage-children-2013-couverture-vaccinale-enfants/index-fra.php (site consulté le 17 août 2015).

## Maladies

### Cancer

Le cancer à l'adolescence représente une phase de transition. Certaines tumeurs ressemblent encore beaucoup à celles qu'on trouve à l'enfance, alors que d'autres ont des caractéristiques plus proches des tumeurs de l'adulte, ce qui ne facilite pas le diagnostic et le traitement des malades de ce groupe d'âge[77]. En 2012, on a diagnostiqué 120 nouveaux cas de cancer chez les adolescentes de 10 à 14 ans, et 220 chez les adolescentes de 15 à 19 ans[78]. Au fil du temps, la leucémie, les tumeurs du système nerveux central (SNC) (y compris du cerveau), le lymphome hodgkinien et le cancer de la thyroïde représentaient environ 60 % des nouveaux cas de cancer dans les deux groupes d'âge (graphique 9). La leucémie et les tumeurs du SNC étaient toutefois plus susceptibles d'être diagnostiquées dans le premier groupe d'âge, alors que le lymphome hodgkinien et le cancer de la thyroïde étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués dans le deuxième groupe d'âge. Chez les filles, le cancer de la thyroïde représentait une plus forte proportion des nouveaux cas de cancer au fil du temps. Les résultats étaient comparables chez les garçons, sauf en ce qui concerne le cancer de la thyroïde, dont l'incidence était plus faible et augmentait peu au fil du temps (données non présentées). En 2011, le cancer était la principale cause de décès chez les filles de 10 à 14 ans et représentait 21 % de tous les décès; il était la troisième cause et représentait 10 % de tous les décès chez les filles de 15 à 19 ans[79].

**Graphique 9**
**Nouveaux cas de certains cancers en pourcentage des nouveaux cas de cancer, selon le groupe d'âge, population des filles de 10 à 19 ans, 1993 à 1997 et 2008 à 2012**




**Notes :** Les estimations sont fondées sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple inférieur ou supérieur de 5.
Les données sur l'incidence du cancer au Québec ne sont pas accessibles pour les années de diagnostic 2011 et 2012. Pour cette raison, les données de 2010 du Québec ont été copiées pour les années 2011 et 2012.
Les estimations des cancers du système nerveux central comprennent les cancers du cerveau et des nerfs crâniens, ainsi que les autres cancers du système nerveux.
Les estimations des cas de leucémie comprennent la leucémie aiguë lymphoblastique, la leucémie lymphoïde chronique, la leucémie aiguë myéloïde, la leucémie myéloïde chronique et les autres formes de leucémie.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 103-0550, 1993 à 1997 et 2008-2012.

77. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*, Société canadienne du cancer, Toronto, Ontario, 2015.
78. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 103-0550, 2012. Le nombre de cas est arrondi aléatoirement à un multiple inférieur ou supérieur de 5. Les données sur l'incidence du cancer au Québec ne sont pas accessibles pour les années de diagnostic 2011 et 2012; les données de 2010 du Québec ont donc été copiées dans les tableaux pour les années 2011 et 2012.
79. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0561, 2011.

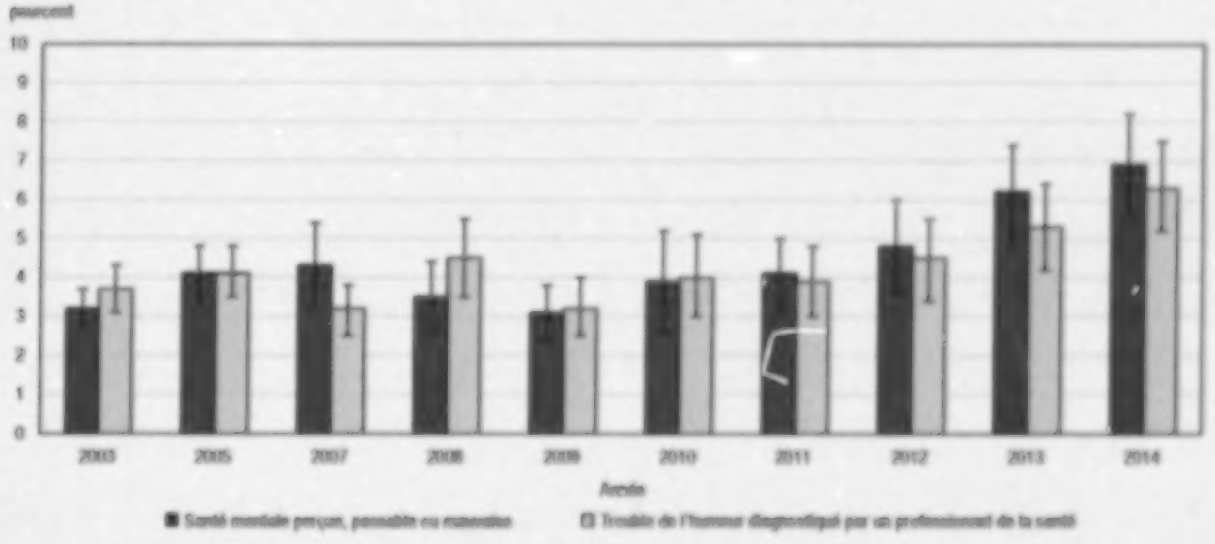
## Santé mentale

Environ un Canadien sur cinq est atteint d'un trouble mental au cours de sa vie[60]. La plupart voient le problème *apparaître durant l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et risquent pour cette raison d'avoir de* mauvais résultats au chapitre de l'éducation et de l'emploi[61].

### Santé mentale autoévaluée

En 2014, 97 % des filles de 12 à 19 ans ont déclaré être satisfaites ou très satisfaites à l'égard de la vie en général[62]. Bien qu'il s'agisse d'une augmentation par rapport à 2003, le pourcentage d'adolescentes ayant déclaré percevoir *leur état de santé mentale comme étant passable ou mauvais ou avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur* tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie d'un professionnel de la santé a aussi augmenté (graphique 10) durant cette période. Les garçons étaient moins susceptibles que les filles d'avoir une perception négative de leur santé mentale ou d'avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, et les taux les concernant sont demeurés relativement stables durant la période visée (données non présentées).

**Graphique 10**
**Prévalence d'une santé mentale passable ou mauvaise et de troubles de l'humeur, population des filles de 12 à 19 ans, Canada, 2003 à 2014**

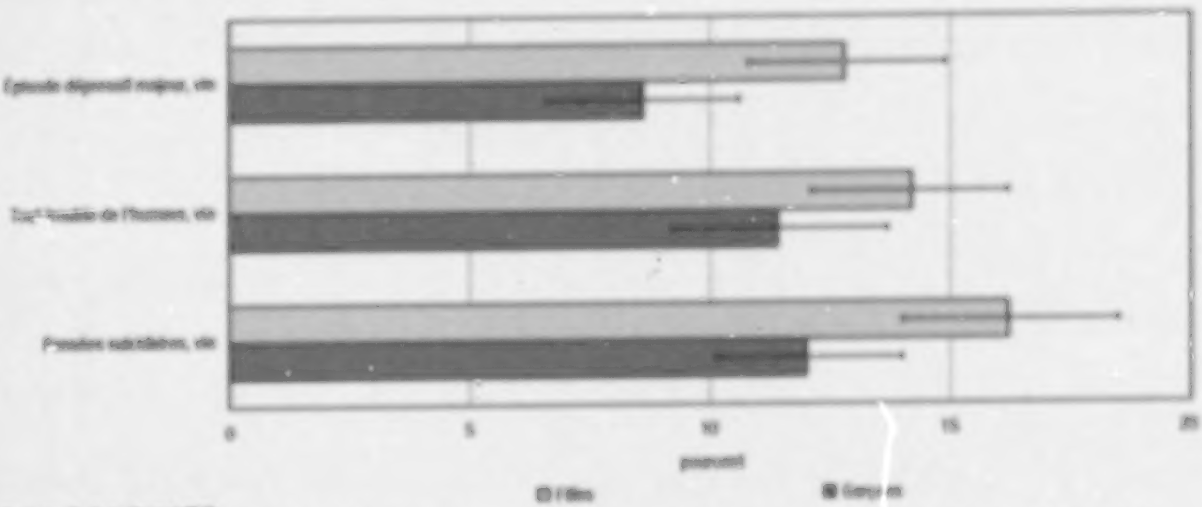



I = intervalle de confiance à 95 %
**Source :** StatistiQue Canada, tableau CANSIM n° 105-0501, 2003-2014.

60. Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux*, 2015, https://secure.cihi.ca/free_products/CIHI%20Child%20Mental%20Health%20Quick%20Stats_FR_web.pdf (site consulté le 8 juillet 2015).
61. *Ibid.*
62. Statistique Canada, tableau CANSIM no 105-0501, 2014.

D'autres indicateurs de santé mentale relatifs à un groupe d'âge légèrement différent (15 à 24 ans) font ressortir d'autres différences entre les filles et les garçons. En 2012, les filles étaient plus susceptibles que les garçons de satisfaire aux critères de diagnostic d'un épisode dépressif majeur (13 % contre 9 %) ou de pensées suicidaires à un moment donné au cours de leur vie (16 % contre 12 %) (graphique 11). Les filles de ce groupe d'âge étaient aussi plus susceptibles que les garçons de déclarer consulter un professionnel ou des sources informelles pour obtenir de l'aide à l'égard de problèmes émotionnels, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues, quel que soit le revenu du ménage ou le type de problème[83]. Durant la période allant de 2007 à 2011, les antidépresseurs étaient la deuxième catégorie de médicaments sur ordonnance utilisée par les filles de 15 à 24 ans après les contraceptifs hormonaux, utilisés à grande échelle[84]. Bien que les garçons de ce groupe d'âge fussent beaucoup moins susceptibles de prendre des médicaments sur ordonnance, les antidépresseurs étaient la principale catégorie de médicaments sur ordonnance déclarée[85].

**Graphique 11**
**Prévalence de certains problèmes de santé mentale, selon le sexe, population de 15 à 24 ans, Canada, 2012**




I = intervalle de confiance à 95 %

**Note :** Les répondants considérés comme ayant eu un épisode dépressif majeur ou tout autre trouble de l'humeur satisfaisaient à la définition et aux critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV).

**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM n° 105-1101, 2012.

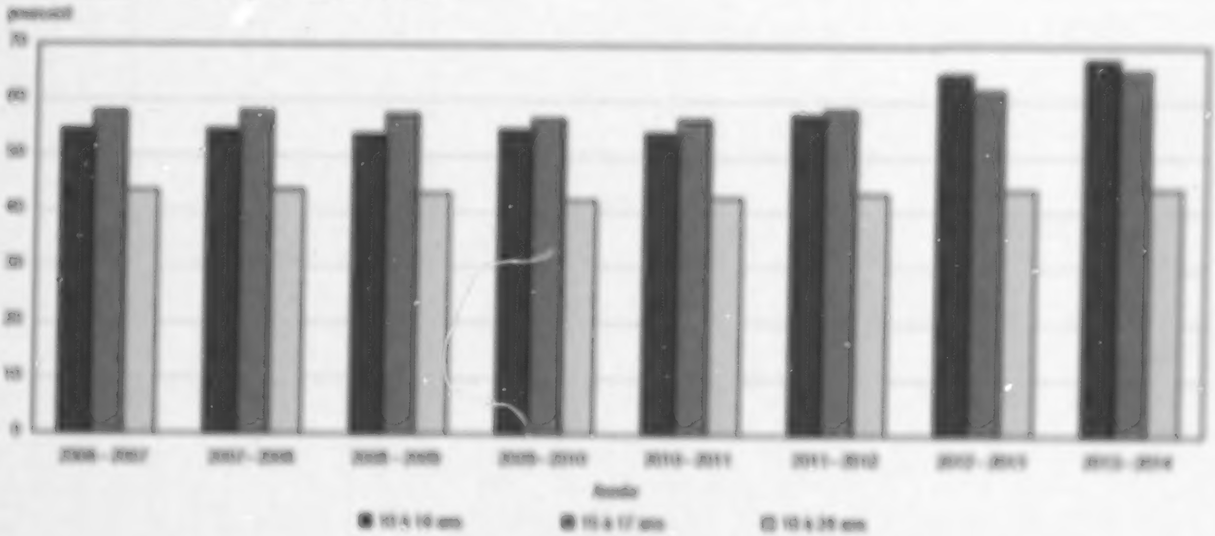
## Hospitalisations en raison d'un trouble mental

Les troubles mentaux comprennent un éventail de diagnostics, y compris des troubles liés à la consommation abusive d'alcool ou de drogues, les troubles schizophréniques et psychotiques, les troubles de l'humeur, l'anxiété, les troubles des conduites et les troubles de l'alimentation. En 2013-2014, 33 630 patients hospitalisés en raison d'un trouble mental étaient âgés de 10 à 24 ans, une hausse de 38 % par rapport à 2006-2007[86]. Les plus fortes augmentations des hospitalisations en raison d'un trouble mental ont été constatées chez les filles de 10 à 14 ans (81 %) et de 15 à 17 ans (83 %). Cette tendance pourrait s'expliquer par des facteurs comme l'amélioration du dépistage et du traitement, la réduction de la stigmatisation incitant un plus grand nombre de jeunes à demander de l'aide ou encore le recours aux soins hospitaliers en raison de l'accès limité et fragmenté aux services en milieu communautaire[87].

83. L.C. Findlay et coll., « Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans », *Rapports sur la santé*, 2014, vol. 25, n° 12, p. 3-15.
84. M. Rotermann, et coll., « Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans », *Rapports sur la santé*, 2014, vol. 25, n° 6, p. 3-15.
85. Ibid.
86. Institut canadien d'information sur la santé, *Soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux, tableaux de données*, [illegible] (site consulté le 8 juillet 2015).
87. Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux*, 2015, [illegible] (site consulté le 8 juillet 2015).

Au fil du temps, les filles de 10 à 17 ans représentaient un pourcentage des patients hospitalisés en raison de troubles mentaux légèrement plus important que les garçons du même groupe d'âge. Ces dernières années, toutefois, ce pourcentage s'est accru (graphique 12). De 2006-2007 à 2013-2014, on constate une hausse de 13 points de pourcentage de la proportion des hospitalisations chez les filles de 10 à 14 ans, et une hausse de 8 points de pourcentage chez les filles de 15 à 17 ans. En comparaison, les femmes représentaient près de la moitié des patients de 18 à 24 ans, un chiffre qui est demeuré relativement stable durant la période visée.

**Graphique 12**
**Pourcentage des patients de 10 à 24 ans hospitalisés en raison de troubles mentaux qui étaient de sexe féminin, selon le groupe d'âge, Canada, 2006-2007 à 2013-2014**




**Source :** Institut canadien d'information sur la santé. Soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux, tableaux de données – Aperçu Hospitalisations.

En 2013-2014, les troubles de l'humeur et les « autres » troubles mentaux (par exemple, troubles des conduites et troubles de l'alimentation) représentaient les diagnostics de trouble mental les plus courants chez les jeunes de 10 à 17 ans (tableau 6). Les troubles de l'humeur étaient les plus courants chez les 18 à 24 ans (29 %), les troubles schizophréniques et psychotiques (23 %) étaient légèrement plus courants que les « autres » troubles (18 %) et que les troubles liés à l'utilisation de substances (19 %).

Tableau 6
Nombre de patients de 10 à 24 ans hospitalisés en raison de troubles mentaux, selon le groupe d'âge et le diagnostic, 2013-2014

| | 10 à 24 ans | | 10 à 14 ans | | 15 à 17 ans | | 18 à 24 ans | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | nombre | % | nombre | % | nombre | % | nombre | % |
| **Groupe de diagnostic** | | | | | | | | |
| Troubles organiques | 135 | 0.4 | 33 | 0.6 | 25 | 0.3 | 40 | 0.4 |
| Troubles liés à l'utilisation de substances | 4,391 | 13.1 | 133 | 2.6 | 763 | 7.8 | 3,515 | 18.9 |
| Troubles schizophréniques et psychotiques | 5,077 | 15.1 | 135 | 2.6 | 832 | 8.6 | 4,320 | 23.2 |
| Troubles de l'humeur | 10,608 | 31.6 | 1,507 | 29.0 | 3,713 | 37.9 | 5,388 | 28.9 |
| Troubles anxieux | 2,712 | 8.1 | 644 | 12.6 | 1,076 | 11.0 | 992 | 5.3 |
| Troubles de la personnalité | 1,251 | 3.7 | 72 | 1.4 | 257 | 2.6 | 922 | 5.0 |
| Autres troubles | 9,459 | 28.1 | 2,701 | 51.8 | 3,392 | 34.6 | 3,365 | 18.2 |
| Total | 33,631 | 100.0 | 5,213 | 100.0 | 9,807 | 100.0 | 18,611 | 100.0 |

**Notes :** Le groupe de diagnostics du patient est déterminé par son diagnostic principal.
Sont inclus dans « Autres troubles » les troubles des conduites, les troubles de l'alimentation ainsi que certains autres troubles émotionnels et du comportement.
**Source :** Institut canadien d'information sur la santé. Soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux, tableaux de données – Aperçu Hospitalisations.

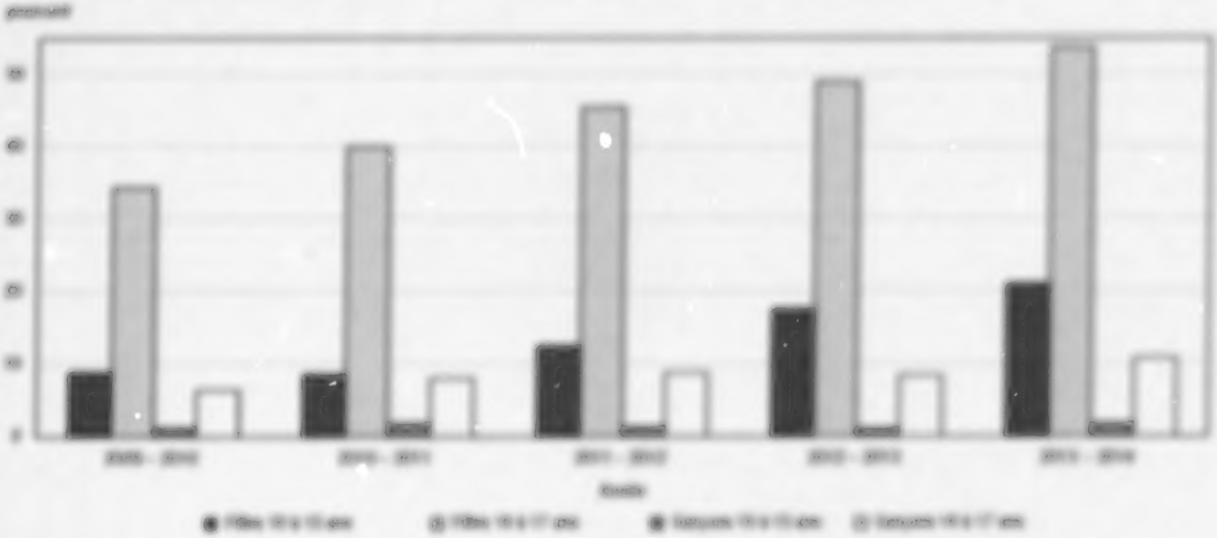
### Les troubles de l'alimentation chez les adolescentes

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, les trois principaux types de troubles de l'alimentation sont l'anorexie mentale, la boulimie et la frénésie alimentaire. L'anorexie et la boulimie touchent principalement les jeunes femmes, alors que les jeunes hommes sont plus susceptibles de souffrir de frénésie alimentaire[88]. Les régimes à l'adolescence sont généralement des précurseurs de l'anorexie mentale et de la boulimie[89]. En 2012-2013, le taux d'hospitalisation (à l'exclusion du Québec) en raison de troubles de l'alimentation (11,7 pour 100 000 habitants) était 15 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (0,8 pour 100 000 habitants)[90]. Le taux d'hospitalisation des femmes en raison d'un trouble de l'alimentation était stable durant la période allant de 2006-2007 à 2012-2013, sauf dans le groupe des 15 à 19 ans, chez qui le taux a augmenté de 42 % entre 2011 et 2013[91].

## Blessures et lésions autoinfligées

Abstraction faite du Québec, le pourcentage des hospitalisations en raison d'une lésion autoinfligée[92] a augmenté considérablement entre 2009-2010 et 2013-2014 chez les filles de 10 à 17 ans et chez les garçons de 14 à 17 ans (graphique 13). Le pourcentage est passé de 9 % à 21 % chez les filles de 10 à 13 ans, et de 34 % à 54 % chez les filles de 14 à 17 ans. Durant cette période, en moyenne, les cas d'autointoxication délibérée (y compris par surdose de médicaments ou de drogues) représentaient 85 % et 89 % de toutes les hospitalisations en raison de lésions autoinfligées chez les filles des deux groupes d'âge, tandis que les cas d'automutilation à l'aide d'objets tranchants représentaient 11 % et 8 % des hospitalisations, respectivement (données non présentées). L'intoxication était aussi le mode de blessure volontaire le plus courant chez les garçons[93].

**Graphique 13**
**Pourcentage des hospitalisations en raison d'une lésion autoinfligée, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada (sauf le Québec), 2009-2010 à 2013-2014**



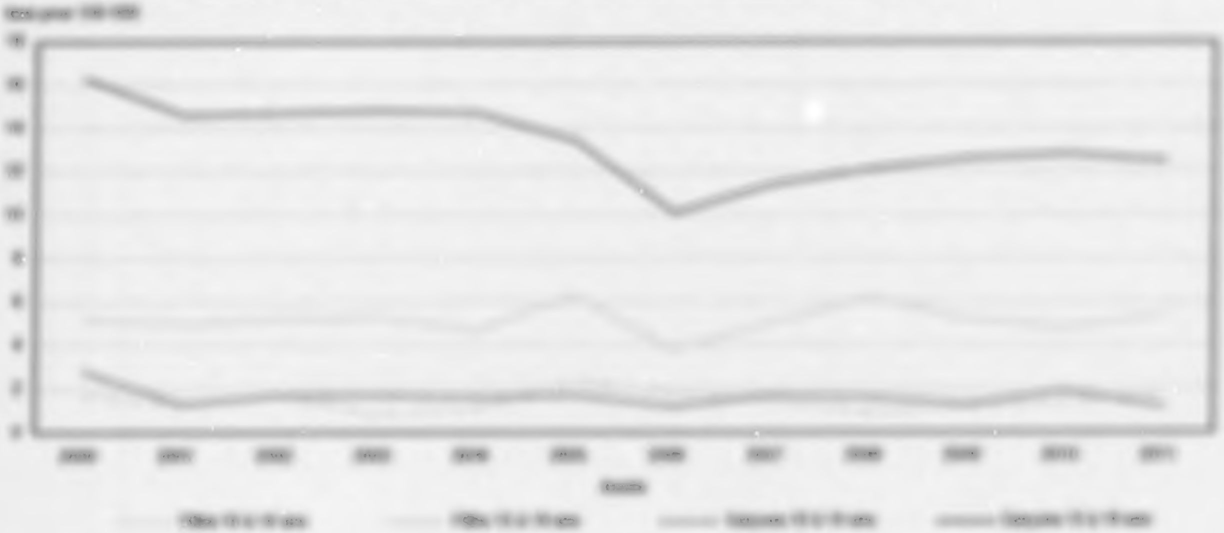

**Source :** Institut canadien d'information sur la santé, Tableau de données : Agressions et blessures auto-infligées chez les enfants et les jeunes au Canada, 2009-2010 à 2013-2014 – Séries : hospitalisations.

88. [illegible]
89. [illegible]
90. [illegible]
91. [illegible]
92. [illegible]
93. [illegible]

## Suicide

De 2000 à 2011, le suicide était la deuxième ou la troisième cause de décès (après le cancer et les accidents) chez les filles et les garçons de 10 à 14 ans, et la deuxième cause (après les accidents) chez les filles et les garçons de 15 à 19 ans. Depuis 2000, les taux de suicide sont demeurés relativement stables chez les filles de 10 à 14 ans et chez les garçons de 10 à 14 ans (graphique 14). En 2011, les taux de suicide s'établissaient à 1,8 et 5,4 pour 100 000 habitants chez les filles de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans, respectivement, et à 1,2 pour 100 000 habitants chez les garçons de 10 à 14 ans. Durant la même période, les taux de suicide chez les garçons âgés de 15 à 19 ans sont passés de 16,3 à 12,2 pour 100 000 habitants. En 2011, les causes spécifiques de décès par blessure auto-infligée les plus courantes chez les filles et les garçons étaient la pendaison, la strangulation et la suffocation.

**Graphique 14**
**Taux de suicide, selon le groupe d'âge et le sexe, population de 10 à 19 ans, Canada, 2000 à 2011**



Source : Statistique Canada, [illegible], 2000-2011.

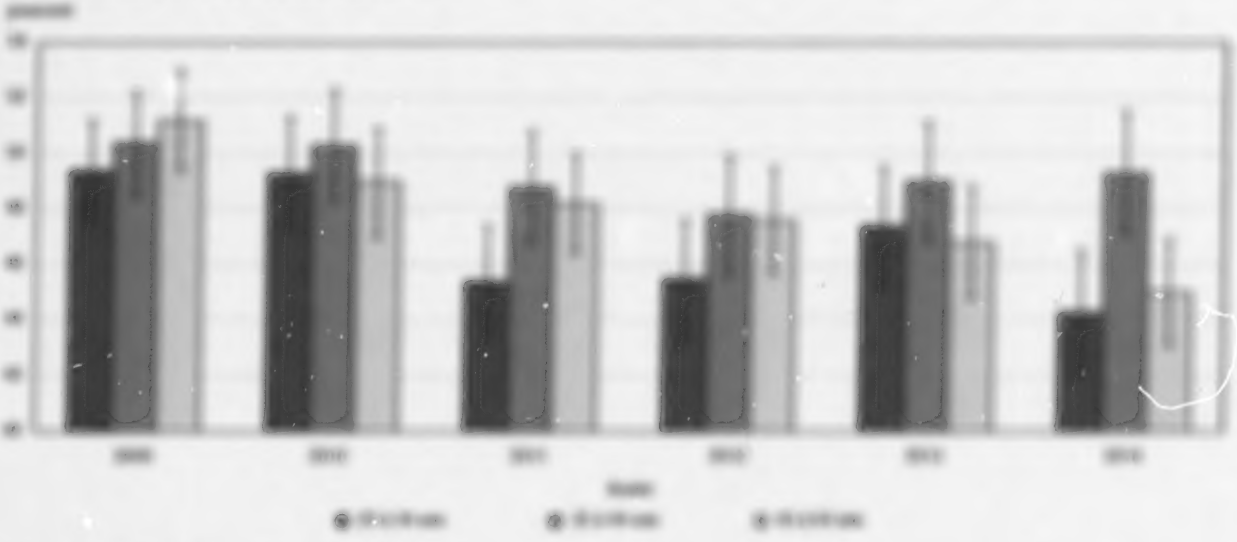
## 5. Âges actuels

### Comportements influant sur la santé

[illegible]

La fréquence de consommation de fruits et de légumes est un bon indicateur de la qualité de l'alimentation[1]. Comme il est précisé dans le chapitre Les femmes et la santé de 2011[2], le pourcentage des femmes ayant consommé des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour a augmenté d'environ 10 % entre 2003 et 2009. Toutefois, ce niveau ne s'est pas maintenu aux dernières années, particulièrement chez les femmes de 25 à 34 ans et de 45 à 64 ans; en 2014, les chiffres avaient reculé à 44 % et à 45 %, respectivement (graphique 13). On constate une baisse comparable chez les hommes des mêmes groupes d'âge (à 34 % et à 39 %, respectivement). Les femmes continuent d'être plus susceptibles que les hommes de consommer des fruits et des légumes à la fréquence recommandée.

**Graphique 13**
**Pourcentage de consommation de fruits et de légumes au moins cinq fois par jour, selon le groupe d'âge, population des femmes de 25 à 64 ans, Canada, 2009 à 2014**

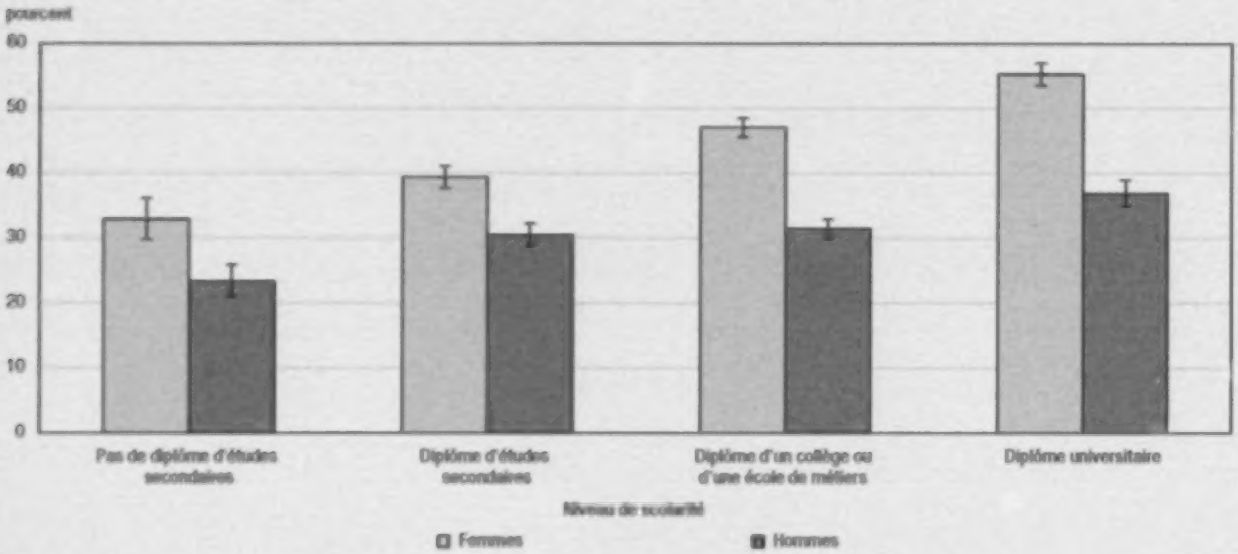



[illegible]

[illegible]

Le niveau de scolarité est associé de manière significative à la consommation de fruits et de légumes : la probabilité de consommer des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour augmente avec le niveau de scolarité (graphique 16). Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consommer des fruits et des légumes à la fréquence recommandée, quel que soit le niveau de scolarité, mais l'écart entre les sexes s'élargit aux niveaux de scolarité supérieurs.

**Graphique 16**
**Pourcentage de consommation de fruits et de légumes au moins cinq fois par jour, selon le niveau de scolarité et le sexe, population de 20 à 64 ans, Canada, 2013 à 2014**




I = intervalle de confiance à 95 %
**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013 à 2014, totalisation personnalisée.

## Poids et circonférence de la taille

Les effets néfastes pour la santé associés à l'obésité, comme le risque accru de diabète de type 2, d'hypertension et de maladie cardiovasculaire, sont bien documentés[98]. Depuis quelques années, non seulement constate-t-on des hausses substantielles de la prévalence de l'obésité[99], mais des études montrent aussi que la composition corporelle (comme la circonférence de la taille et l'épaisseur des plis cutanés) a changé de façon encore plus défavorablement que le poids, particulièrement chez les femmes[100]. En outre, le taux de variation n'est pas le même dans tous les groupes d'âge. On constate plus particulièrement une hausse six fois plus grande du taux d'obésité chez les femmes de 20 à 39 ans entre 1981 et 2012-2013 (de 4 % à 24 %), et une hausse deux fois plus grande chez les femmes de 40 à 59 ans (de 13 % à 29 %) (tableau 7). De même, le pourcentage de femmes du premier groupe d'âge ayant une circonférence de la taille représentant un risque accru pour la santé est sept fois plus élevé, tandis qu'il est trois fois plus élevé chez les femmes du deuxième groupe. Chez les hommes, le pourcentage des personnes obèses et ayant une circonférence de la taille représentant un risque accru pour la santé a aussi augmenté considérablement. Contrairement à la situation chez les femmes, le pourcentage des hommes adultes plus âgés ayant des évaluations sous-optimales est demeuré significativement plus élevé que chez les hommes plus jeunes.

98. Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *Obésité au Canada*, produit nº HP5-107/2011F-PDF au catalogue, Ottawa, 2011.
99. M. Shields et coll., « Condition physique des adultes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21, nº 1, p. 1-16.
100. I. Janssen et coll., « Changes in the obesity phenotype within Canadian children and adults, 1981 to 2007-2009 », *Obesity*, 2012, vol. 20, p. 916-919.

Tableau 7
**Prévalence des évaluations sous-optimales des avantages pour la santé en ce qui concerne l'indice de masse corporelle et la circonférence de la taille, selon le sexe et le groupe d'âge, population de 20 à 59 ans, Canada, 1981 et 2012-2013**

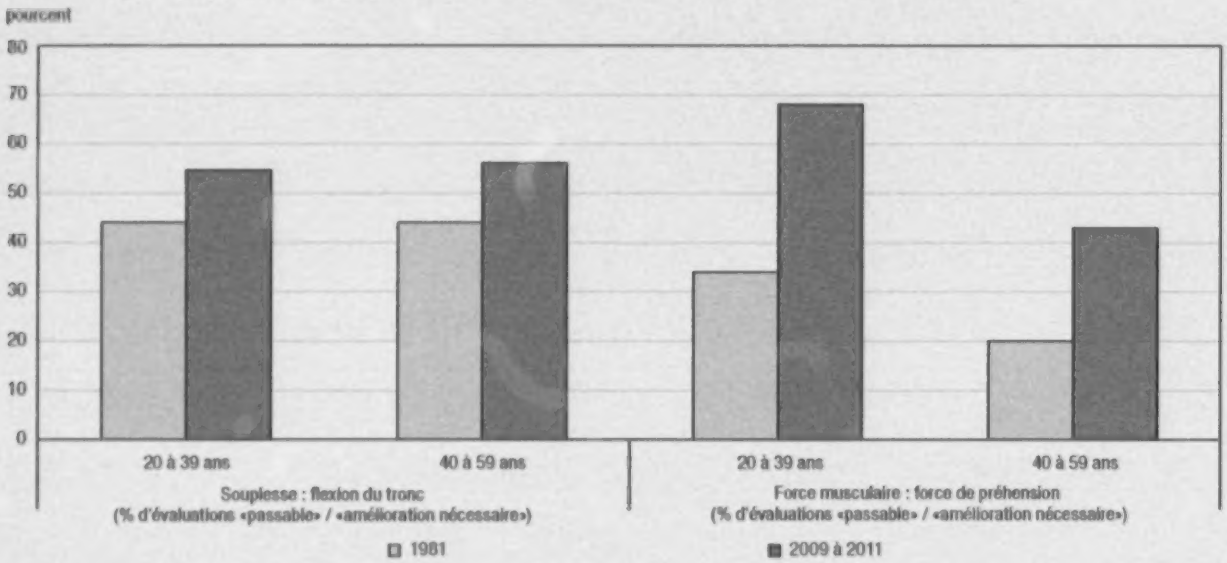
| | 1981 | | 2012-2013 | |
|---|---|---|---|---|
| | 20 à 39 ans | 40 à 59 ans | 20 à 39 ans | 40 à 59 ans |
| **Femmes** | | | | |
| Indice de masse corporelle (% d'obésité) | 4 | 13 | 24[E] | 29 |
| Circonférence de la taille (% de risque élevé | 6 | 18 | 44 | 49 |
| **Hommes** | | | | |
| Indice de masse corporelle (% d'obésité) | 7 | 12 | 19 | 31 |
| Circonférence de la taille (% de risque élevé) | 5 | 15 | 22 | 42 |

[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)
**Notes :** L'indice de masse corporelle (IMC) est fondé sur la taille et le poids mesurés. Les femmes enceintes sont exclues des estimations.
**Source :** M. Shields, et coll., « Condition physique des adultes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21, nº 1, p. 1 à 16 et Statistique Canada, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2012-2013, totalisation personnalisée.

## Condition physique

À mesure que les taux d'obésité augmentaient, la condition physique des femmes s'est détériorée au fil du temps. Une étude menée en 2012 a révélé que la capacité cardiorespiratoire des femmes et des hommes jeunes et d'âge moyen a diminué depuis 30 ans[101]. De même, le pourcentage des femmes de 20 à 59 ans ayant obtenu une note « passable » ou « amélioration nécessaire » en ce qui concerne la souplesse a augmenté pour s'établir à 55 %, alors que le pourcentage de celles ayant obtenu une note « passable » ou « amélioration nécessaire » à l'égard de la force musculaire a doublé pour s'établir à 68 % et à 43 % pour les femmes de 20 à 39 ans et de 40 à 59 ans, respectivement (graphique 17). On a observé une tendance similaire chez les hommes (données non présentées).

**Graphique 17**
**Prévalence des évaluations sous-optimales des avantages pour la santé en ce qui concerne la souplesse et la force musculaire, selon le groupe d'âge, population des femmes de 20 à 59 ans, Canada, 1981 et 2009 à 2011**




**Source :** M. Shields et coll. « Condition physique des adultes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21, nº 1, p. 1 à 16 et Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0007, 2011.

101. C.L. Craig et coll., « Trends in aerobic fitness among Canadians, 1981 to 2007-2009 », *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 2012, vol. 37, p. 511-519.

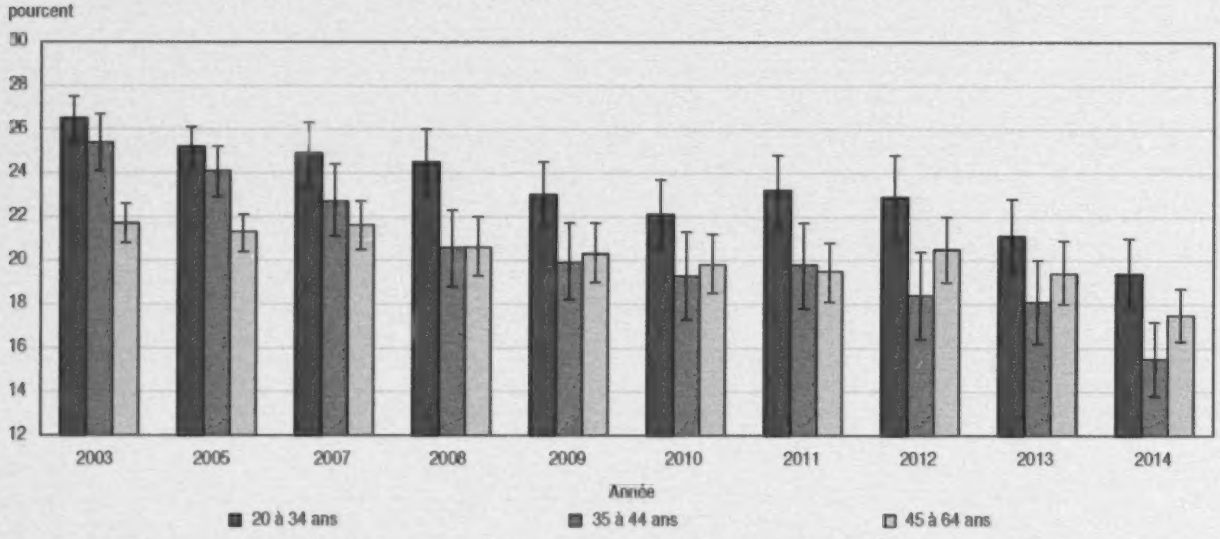
## Activité physique

Selon la Société canadienne de physiologie de l'exercice, pour retirer des bienfaits pour la santé, un adulte doit cumuler chaque semaine au moins 150 minutes d'activité aérobie modérée à vigoureuse, par séances de 10 minutes ou plus[102]. En 2012-2013, environ 30 % des femmes de 18 à 39 ans et 18 % des femmes de 40 à 59 ans respectaient ces directives[103]. En ce qui concerne le temps consacré en moyenne chaque jour à des activités de différents niveaux d'intensité, les femmes de 18 à 39 ans consacraient 69 % de leur période d'éveil à des activités sédentaires (en moyenne 578 minutes), 27 % à des activités légères (en moyenne 228 minutes) et 4 % à des activités modérées à vigoureuses (en moyenne 32 minutes)[104]. Les résultats pour les femmes plus âgées sont comparables (données non présentées).

## Alcool et drogues

Le tabagisme demeure la principale cause évitable de décès et de maladie chez les femmes et les hommes[105]. Bien que les fumeurs des deux sexes présentent un risque de résultats indésirables en matière de santé, par exemple le cancer et des maladies cardiovasculaires et pulmonaires, certaines études montrent que la consommation de cigarettes est associée à un risque relatif d'infarctus du myocarde et de mortalité par maladie cardiaque coronarienne plus élevé chez la femme que chez l'homme[106]. Depuis 2003, les taux de tabagisme ont chuté chez les femmes adultes, le recul le plus important ayant été constaté chez les 35 à 44 ans (16 % en 2014, par rapport à 25 % en 2003) (graphique 18). Les taux ont aussi diminué chez les hommes adultes, mais moitié moins que chez les femmes (données non présentées). Deux études longitudinales menées en 2013 ont présenté les avantages qu'il y a à cesser de fumer. L'une a révélé que les femmes adultes qui cessent de fumer pendant au moins 10 ans avaient, du point de vue de la santé, une qualité de vie cliniquement comparable à celles de non-fumeuses, quels que soient le revenu de leur ménage, leur niveau de scolarité, leur état matrimonial et leur indice de masse corporelle (obésité)[107]. La deuxième étude a montré que 20 ans après avoir cessé de fumer, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, le risque relatif de maladie cardiaque chez les anciennes fumeuses était considérablement inférieur à celui des femmes qui fument quotidiennement[108].

**Graphique 18**
**Prévalence du tabagisme actuel, selon le groupe d'âge, population des femmes de 20 à 64 ans, Canada, 2003 à 2014**

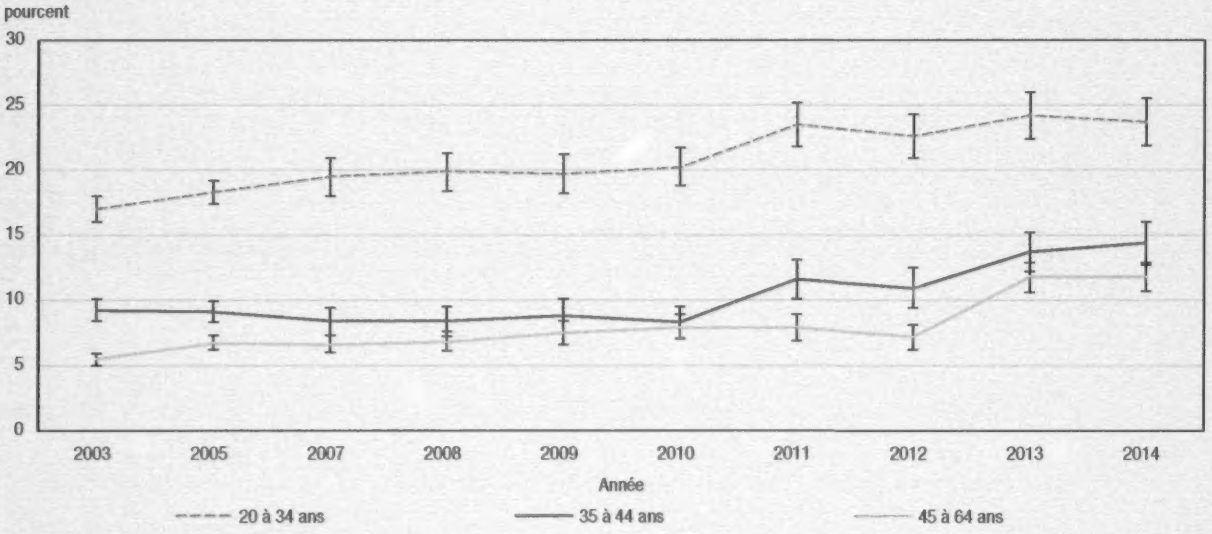



I = intervalle de confiance à 95 %
**Note :** Le tabagisme actuel comprend le tabagisme quotidien et occasionnel.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2003 à 2014.

102. Société canadienne de physiologie de l'exercice, *Directives canadiennes en matière d'activité physique (18-64 ans)*, http://www.csep.ca/fr/directives/matiere-d'activite-physique-et-de-comportement-sedentaire (site consulté le 17 septembre 2015).
103. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0019, 2013.
104. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0020, 2013; et Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0021, 2013.
105. U.S. Department of Health and Human Services, *How Tobacco Smoke Causes Disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General*, 2010, http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/index.htm (site consulté le 17 septembre 2015).
106. Ibid.
107. M. Shields et coll., « Dynamique du renoncement au tabac et qualité de vie liée à la santé chez les Canadiens », *Rapports sur la santé*, 2013, vol. 24, nº 2, p. 3-12.
108. M. Shields et coll., « Usage du tabac, renoncement au tabac et risque de maladie du cœur : une étude de suivi sur 16 ans », *Rapports sur la santé*, 2013, vol. 24 nº 2, p. 13-22.

Contrairement au tabagisme, le pourcentage des femmes adultes faisant une consommation abusive d'alcool a augmenté[109] depuis 10 ans (graphique 19). En 2014, 24 % des femmes de 20 à 34 ans faisaient une consommation abusive d'alcool, comparativement à 17 % en 2003. On a constaté des augmentations similaires chez les femmes de 35 à 44 ans (de 9 % à 14 %) et chez les femmes de 45 à 64 ans (de 6 % à 12 %). Cette situation diffère de celle des hommes adultes, chez qui les taux sont demeurés relativement stables (données non présentées).

**Graphique 19**
**Prévalence de la consommation abusive d'alcool, selon le groupe d'âge, population des femmes de 20 à 64 ans, Canada, 2003 à 2014**



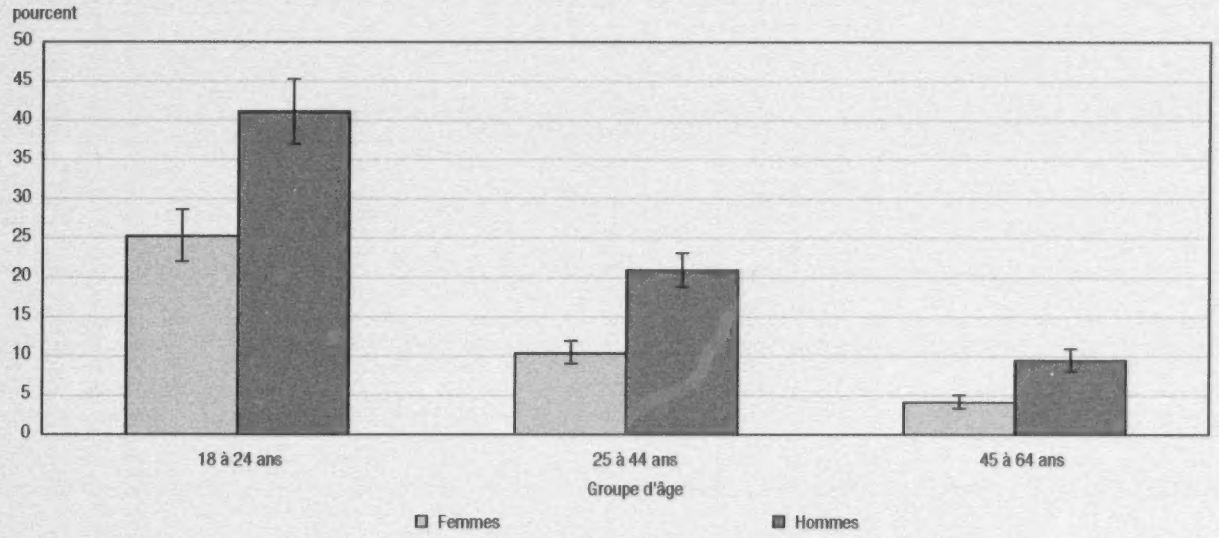

I = intervalle de confiance à 95 %
**Notes :** Jusqu'en 2012, la consommation abusive d'alcool s'entendait de cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année précédente. À compter de 2013, la définition pour les femmes été modifiée à quatre verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année précédente.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2003 à 2014.

Chez les femmes, la consommation abusive d'alcool est associée à un risque encore plus grand que chez les hommes de maladie alcoolique du foie, de lésions cérébrales causées par l'alcool, de cancer du sein et de maladie cardiaque[110]. Toutefois, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de déclarer qu'elles font une consommation abusive d'alcool ou qu'elles en sont dépendantes. En 2012, 13 % des femmes de 25 à 44 ans ont été considérées comme satisfaisant aux critères de consommation abusive d'alcool ou de dépendance à l'alcool au cours de leur vie, comparativement à 26 % des hommes du même groupe d'âge[111]. Dans le groupe des 45 à 64 ans, le pourcentage s'établissait à 10 % chez les femmes, comparativement à 31 % chez les hommes.

109. En dépit du fait qu'en 2013, la définition de « consommation abusive d'alcool » pour les femmes soit passée de « cinq verres d'alcool ou plus » à « quatre verres d'alcool ou plus » en une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année précédente, la tendance au fil du temps semble tout de même indiquer une hausse pour tous les groupes d'âge.
110. U.S. Department of Health and Human Services, *Alcohol: A women's health issue*, http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/brochurewomen/Woman_English.pdf (site consulté le 17 septembre 2015).
111. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-1101, 2012.

Les femmes sont aussi moins susceptibles de déclarer consommer des drogues. En 2012, la prévalence de la consommation de marijuana au cours de l'année précédente était significativement inférieure chez les femmes par rapport aux hommes (graphique 20). Contrairement aux hommes, la consommation des femmes était associée au revenu du ménage — les femmes appartenant au quintile supérieur de revenu étaient moins susceptibles de déclarer avoir consommé de la marijuana au cours de l'année précédente que celles du quartile inférieur — et parmi les utilisateurs, les femmes avaient consommé de la marijuana moins souvent que les hommes[112]. En outre, les femmes étaient moins susceptibles d'être considérées comme satisfaisant aux critères d'abus ou de dépendance aux drogues. Chez les femmes de 25 à 44 ans, 5 % et 4 % avaient eu une dépendance à la marijuana et à d'autres drogues au cours de leur vie, respectivement, comparativement à 12 % et à 6 % des hommes du même groupe d'âge[113]. Les différences entre les femmes et les hommes étaient comparables dans le groupe des 45 à 64 ans (données non présentées).

**Graphique 20**
**Prévalence de la consommation de marijuana au cours de l'année précédente, selon le sexe et le groupe d'âge, population de 18 à 64 ans, Canada sauf les territoires, 2012**



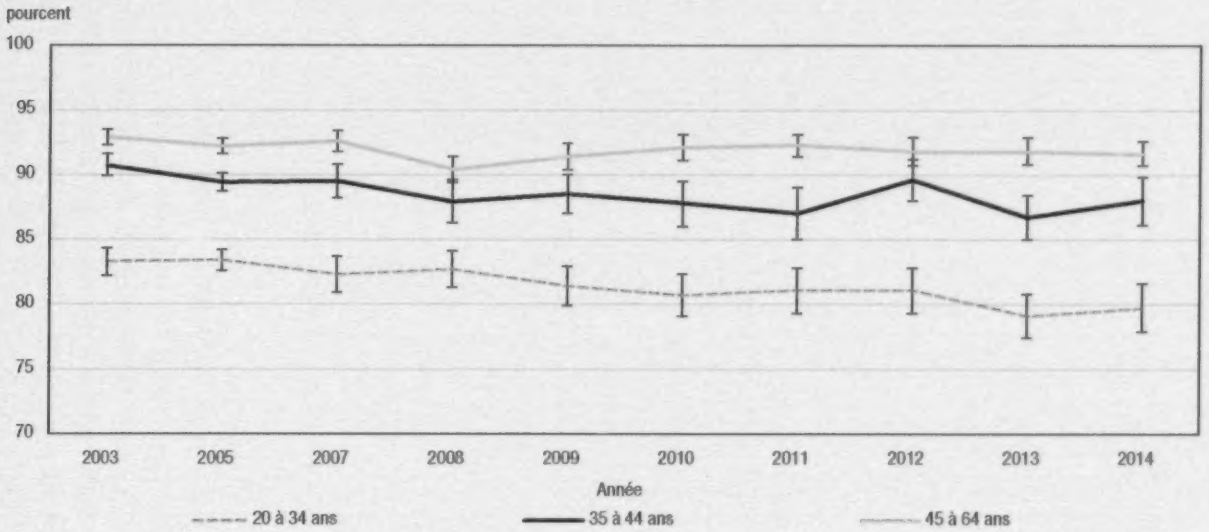

I = intervalle de confiance à 95 %
**Source :** M. Rotermann et coll., « Prévalence et corrélats de la consommation de marijuana au Canada, 2012 », *Rapports sur la santé*, 2015, vol. 26, nº 4, p. 11-16.

112. M. Rotermann et coll., « Prévalence et corrélats de la consommation de marijuana au Canada, 2012 », *Rapports sur la santé*, 2015, vol. 26, nº 4, p. 11-16.
113. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-1101, 2012.

## Consultation d'un médecin

En 2014, 9,4 millions de femmes de 20 à 64 ans (87 %) ont déclaré avoir un médecin régulier[114]. Les femmes plus âgées étaient plus susceptibles que les jeunes femmes d'avoir un médecin régulier et, depuis 2003, le pourcentage des femmes de 20 à 44 ans ayant un médecin a légèrement diminué (graphique 21). Le pourcentage des hommes adultes qui ont déclaré avoir un médecin régulier est demeuré relativement stable entre 2003 et 2014 (données non présentées). Toutefois, les hommes étaient systématiquement moins susceptibles que les femmes d'avoir un médecin — 10 à 12 points de pourcentage de moins pour les hommes de 20 à 44 ans en 2014 — bien que l'écart se réduise à environ 5 points de pourcentage chez les hommes plus âgés. Malgré une certaine variation provinciale, on observait en général le même écart entre les sexes partout au pays en 2014 (données non présentées).

**Graphique 21**
**Pourcentage d'accès à un médecin régulier, selon le groupe d'âge, population des femmes de 20 à 64 ans, Canada, 2003 à 2014**



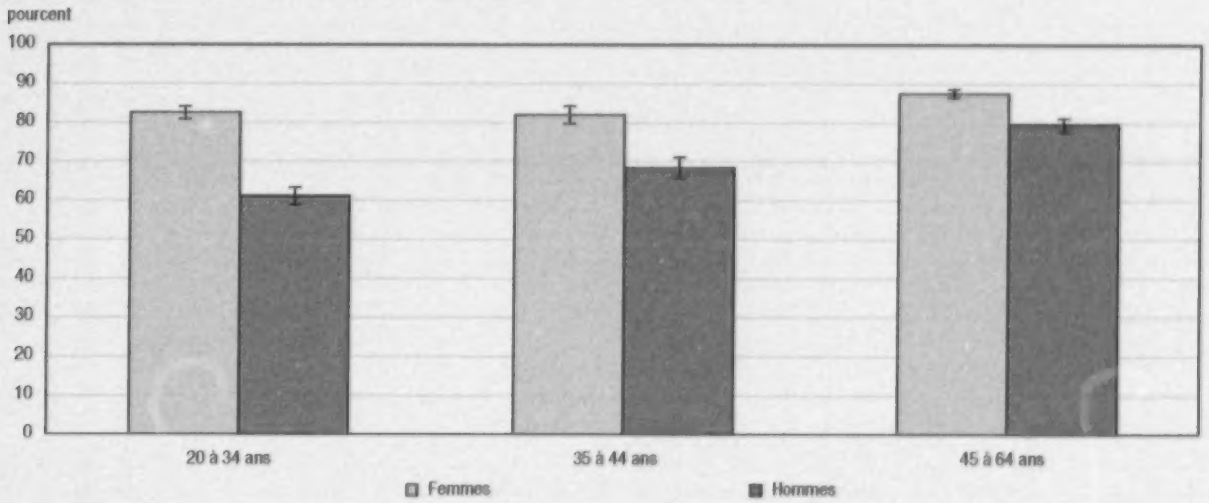

I = intervalle de confiance à 95 %
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2003 à 2014.

Bien que le fait d'avoir un médecin régulier fût généralement associé au revenu du ménage pour les femmes de 12 ans ou plus, cette association était principalement attribuable aux femmes de 20 à 34 ans[115]. Dans ce groupe d'âge, 73 % des femmes du quintile inférieur ont déclaré avoir un médecin, comparativement à 86 % des femmes du quintile supérieur. Cette disparité était moindre chez les femmes de 35 à 44 ans (83 % contre 89 %) et de 45 à 64 ans (87 % contre 94 %).

114. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2014.
115. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2014, totalisation personnalisée.

La majorité des femmes ont aussi déclaré avoir consulté un médecin de famille ou un omnipraticien au cours des 12 mois précédents. En 2014, c'était le cas de 82 % à 87 % des femmes adultes, le pourcentage étant le plus élevé chez les femmes plus âgées (graphique 22). Les femmes adultes de tous les groupes d'âge étaient aussi plus susceptibles que les hommes d'avoir consulté un médecin, bien que l'écart rétrécisse lorsque l'âge augmente. Comme le fait d'avoir un médecin régulier, la disparité de revenu associée à la consultation d'un médecin de famille était principalement observée chez les femmes de 20 à 34 ans (données non présentées). Toutefois, la disparité de revenu associée avec la consultation d'un dentiste était considérable pour tous les groupes d'âge adultes et d'un ordre de grandeur comparable à la disparité pour toutes les femmes de 12 ans ou plus indiquée au tableau 1.

**Graphique 22**
**Pourcentage déclarant avoir consulté un médecin au cours des 12 mois précédents, selon le sexe et le groupe d'âge, population des ménages de 20 à 64 ans, Canada, 2014**



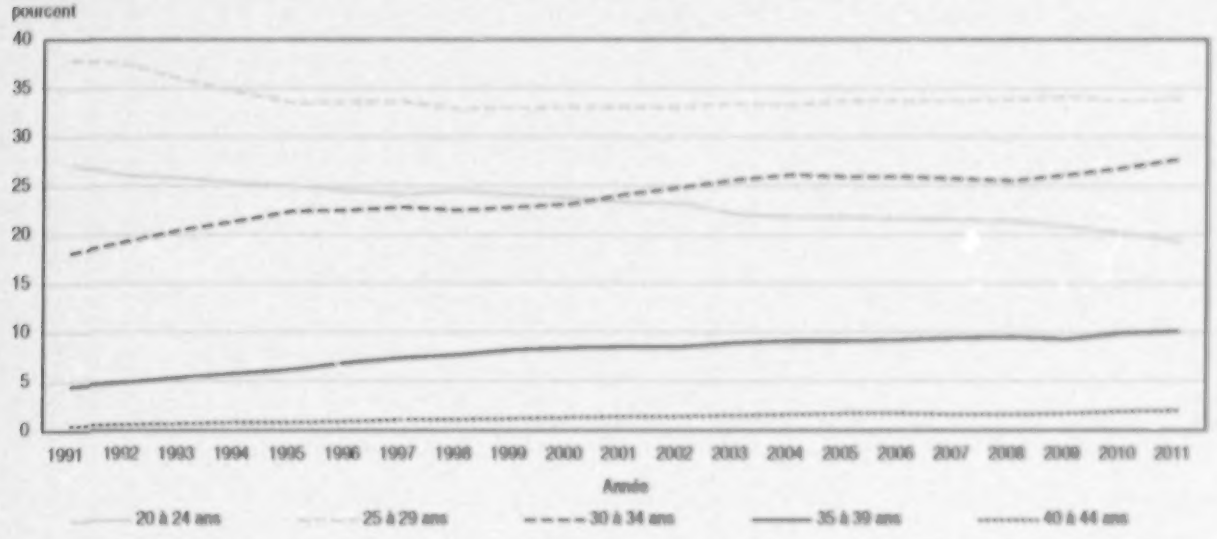

I = intervalle de confiance à 95 %
**Note :** Un « médecin » peut être un médecin de famille, un omnipraticien ou un spécialiste.
**Source:** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2014.

## Reproduction et activité sexuelle

### Naissances

Les Canadiennes repoussent le moment d'avoir des enfants. Depuis 1991, le pourcentage des premières naissances chez les femmes de 30 ans ou plus a augmenté considérablement (graphique 23). Plus particulièrement, de 1991 à 2011, le pourcentage est passé de 18 % à 28 % chez les femmes de 30 à 34 ans; de 5 % à 10 % chez les femmes de 35 à 39 ans; et de 0,5 % à 2 % chez les femmes de 40 à 44 ans. Bien que de nombreuses femmes donnent naissance à un âge plus avancé sans complication, les femmes qui ont des enfants à 35 ans ou plus, comparativement à celles de 20 à 34 ans, présentent un risque accru de diabète de grossesse, de placenta praevia et de césarienne, et les enfants sont plus susceptibles de naître prématurément ou d'être petits pour leur âge gestationnel[116]. Le risque de mortalité maternelle est aussi plus élevé[117]. Les mères âgées de 35 à 44 ans sont en outre plus susceptibles que celles de 20 à 34 ans d'allaiter (90 % pour les deux groupes d'âge en 2012), et elles sont plus susceptibles d'allaiter exclusivement pendant au moins six mois (31 % contre 21 %)[118].

**Graphique 23**
**Pourcentage de premières naissances vivantes, selon le groupe d'âge, Canada, 1991 à 2011**




**Note :** Le pourcentage est calculé en divisant le nombre de premières naissances dans un groupe d'âge particulier au cours d'une année donnée par le nombre total de premières naissances durant la même année.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-4508, 1991 à 2011.

116. Institut canadien d'information sur la santé, *Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant*, 2010, https://secure.cihi.ca/free_products/AIB_InOurTime_WhyMaternalAgeMatters_F.pdf (site consulté le 23 septembre 2015).
117. Agence de la santé publique du Canada, *Mortalité maternelle au Canada*, produit nº HP32-7/2011F-PDF au catalogue, Ottawa, 2013.
118. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2012.

### Utilisation de moyens contraceptifs

L'utilisation de moyens contraceptifs chez les femmes adultes varie selon le groupe d'âge. Des femmes qui ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours de l'année précédente, 51 % de celles qui avaient entre 20 et 29 ans ont dit avoir utilisé un condom la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels[119]. Le pourcentage s'établissait à 52 % pour les femmes de 30 à 39 ans, et à 41 % pour les femmes de 40 à 49 ans.

Les contraceptifs hormonaux à usage systémique représentaient la principale catégorie de médicaments sur ordonnance déclarée par les femmes de 25 à 44 ans de 2007 à 2011[120]. On estime à 29 % la proportion des femmes non enceintes âgées de 20 à 24 ans durant la période allant de 2007 à 2011 qui ont utilisé un contraceptif oral au cours du mois précédent; ce chiffre diminue à 3 % chez les 40 à 49 ans[121].

### Infertilité

La prévalence de l'infertilité (incapacité à concevoir) a augmenté au fil du temps. En 1984, on estimait que 5,4 % des couples vivaient une infertilité actuelle (au cours des 12 mois précédents)[122], alors qu'en 2009-2010, on estimait que 12 % à 16 % des couples vivaient une infertilité actuelle[123]. Parmi les couples qui ont déclaré avoir essayé de concevoir, 15 % avaient eu recours à des services médicaux d'aide à la conception[124]. Ces couples partageaient certaines caractéristiques : ils étaient mariés, n'avaient pas d'enfant et la femme était âgée de 35 ans ou plus. Des couples qui ont eu recours à des services médicaux, 42 % ont dit avoir utilisé des médicaments visant à améliorer la fertilité, et 19 % ont dit avoir utilisé des techniques de procréation assistée (TPA). De 2001 à 2012, le nombre de cliniques de TPA au Canada est passé de 22 à 33, et le nombre de cycles de TPA effectués (y compris la fécondation in vitro, l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde et le transfert d'embryon congelé) a plus qu'triplé[125, 126].

119. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : données combinées, 2013-2014*, http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150624/dq150624b-fra.htm (site consulté le 1er septembre 2015).
120. M. Rotermann et coll., « Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans », *Rapports sur la santé*, 2014, vol. 25, nº 6, p. 3-10.
121. M. Rotermann et coll., « Utilisation des contraceptifs oraux chez les femmes de 15 à 49 ans : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé », *Rapports sur la santé*, 2015, vol. 26, nº 10, p. 24-32.
122. T.R. Balakrishnan et coll., « L'infertilité au Canada: Analyse des données de l'enquête canadienne sur la fertilité (1984) et de l'Enquête sociale générale (1990) », dans Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *La prévalence de l'infertilité au Canada*, Commission d'études de la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction, Ministère des Approvisionnements et Services, Ottawa, 1993, p. 107-162.
123. T. Bushnik et coll., « Estimating the prevalence of infertility in Canada », *Human Reproduction*, 2012, vol. 27, nº 3, p. 738-746.
124. T. Bushnik et coll., « Le recours aux services médicaux d'aide à la conception », *Rapports sur la santé*, 2012, vol. 23, nº 4, p. 3-11.
125. J. Gunby et coll., « Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2001 results from the Canadian ART Register », *Fertility and Sterility* 2005, vol. 84, nº 3, p. 590-599.
126. J. Gunby, *Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2012 results from the Canadian ART Register*, www.cfas.ca/images/stories/pdf/CARTR_2012.pdf (site consulté le 23 septembre 2015).

### Infections transmises sexuellement

Comme on le souligne dans la section *Adolescence* du présent chapitre, les cas signalés de certaines infections transmises sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire à l'échelle nationale ont augmenté depuis 20 ans. De 2003 à 2012, les taux déclarés d'infections à *Chlamydia* et d'infection gonococcique ont augmenté chez les femmes et chez les hommes (tableau 6). Les femmes de 20 à 39 ans affichent des taux d'infection à *Chlamydia* plus élevés que les hommes, bien que les taux diminuent de façon constante à mesure que l'âge augmente. Sauf dans le groupe des 20 à 24 ans, les femmes affichaient des taux d'infection gonococcique inférieurs à ceux des hommes en 2012, mais le taux relatif a augmenté plus rapidement au fil du temps chez les femmes. En revanche, comparativement aux hommes, les femmes ont généralement des taux inférieurs de syphilis infectieuse, qui ont reculé au fil du temps alors que les taux des hommes ont augmenté considérablement. Les résultats d'une étude menée en 2013 portant sur la prévalence dans la population des cas d'herpès (HSV-2) confirmés par analyse en laboratoire ont montré que la prévalence globale était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (16 % contre 11 % dans le groupe des 14 à 59 ans) et que 94 % des personnes infectées ne savaient pas qu'elles l'étaient[127].

Tableau 6
Taux pour 100 000 habitants des cas déclarés d'infection à *Chlamydia*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse, selon le groupe d'âge et le sexe, population de 20 à 59 ans, Canada, 2003 et 2012

| | Infection à *Chlamydia* | | | | Infection gonococcique | | | | Syphilis infectieuse | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2003 | | 2012 | | 2003 | | 2012 | | 2003 | | 2012 | |
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| | Taux pour 100 000 habitants | | | | | | | | | | | |
| **Groupe d'âge** | | | | | | | | | | | | |
| 20 à 24 ans | 1453,3 | 658,5 | 2151,7 | 1073,9 | 97,1 | 111,8 | 153,0 | 148,5 | 3,3 | 2,9 | 3,2 | 21,2 |
| 25 à 29 ans | 546,8 | 385,5 | 937,1 | 704,1 | 49,4 | 83,8 | 81,7 | 133,1 | 3,3 | 7,5 | 0,9 | 21,5 |
| 30 à 39 ans | 148,5 | 138,7 | 332,1 | 271,9 | 14,9 | 57,4 | 30,6 | 68,6 | 1,7 | 12,6 | 0,8 | 20,0 |
| 40 à 59 ans | 18,8 | 27,1 | 54,8 | 61,6 | 2,5 | 19,6 | 6,0 | 25,6 | 0,5 | 6,6 | 0,3 | 14,8 |

**Notes :** Les données de 2012 sont provisoires et peuvent faire l'objet de changements. Les données déclarées pour le Nunavut avant 2107 sont provisoires. Le Nunavut est exclu des estimations postérieures à 2007.
Les données sur la syphilis infectieuse comprennent les stades primaire, secondaire et de latence précoce.
**Source :** Agence de la santé publique du Canada, *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada, 2012*, produit nº HP37-10/2013F-PDF au catalogue, Ottawa, 2015.

## Ménopause

La ménopause s'entend de l'arrêt permanent des menstruations, et marque la fin de la période reproductive de la femme[128]. Les femmes commencent généralement à ressentir les symptômes de la ménopause entre 40 et 58 ans[129]. La période de transition vers la ménopause peut s'étendre sur 5 % à 10 % de la vie d'une femme, et elle est vécue différemment selon les antécédents culturels, le poids, le tabagisme et le statut socioéconomique[130]. Les données indiquent que les changements hormonaux et métaboliques qui accompagnent la ménopause pourraient être associés à un risque accru de dépression, de cancer du sein, de perte osseuse et d'arthrose[131].

127. M. Rotermann et coll., « Prévalence de *Chlamydia trachomatis* et du virus de l'herpès simplex de type 2 : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2009 à 2011 », *Rapports sur la santé*, 2013, vol. 24, nº 4, p. 814.
128. S.D. Harlow et coll., « Menopause: its epidemiology », *Women and Health*, 2e édition, publié sous la direction de M.B. Goldman et coll., Etats-Unis, Academic Press, 2013, p. 371-387.
129. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « Managing menopause », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2014, vol. 36, nº 5, 2e supplément.
130. S.D. Harlow et coll., « Menopause: its epidemiology », *Women and Health*, 2e édition, publié sous la direction de M.B. Goldman et coll., Etats-Unis, Academic Press, 2013, p. 371-387.
131. *Ibid.*

## Maladie et problèmes de santé chroniques

### Cancer

Le taux global d'incidence du cancer chez les femmes augmente lentement depuis la fin des années 1980, ce qui reflète la hausse du cancer du poumon, mais aussi l'augmentation des cancers de la thyroïde et de l'utérus ainsi que du mélanome[132]. Les cancers du sein, du poumon et du côlon et rectum sont les cancers les plus souvent diagnostiqués chez les femmes adultes. Non seulement le taux d'incidence de ces trois cancers augmente avec l'âge (le cancer touche principalement les Canadiens de plus de 50 ans), mais ces trois cancers représentent aussi une part croissante des nouveaux cas de siège primaire de tumeur chez les femmes à mesure qu'elles prennent de l'âge (tableau 9). En 2012, ces trois cancers représentaient 9 % de tous les nouveaux cas de cancer chez les femmes de 20 à 24 ans, et 55 % de tous les nouveaux cas de cancer chez les femmes de 60 à 64 ans. En plus d'être fortement associé au tabagisme[133], le cancer du poumon est aussi associé au statut socioéconomique. Les femmes adultes qui n'ont pas de diplôme universitaire, appartiennent au quintile inférieur de revenu ou n'occupent pas un poste de gestion sont de deux à quatre fois plus susceptibles d'avoir un cancer du poumon, comparativement aux femmes ayant un grade universitaire, appartenant au quintile supérieur de revenu ou occupant un poste de gestion[134]. En revanche, l'incidence du cancer du sein est l'un des rares résultats indésirables en matière de santé uniformément associés à un statut socioéconomique supérieur[135].

Tableau 9

**Nouveaux cas de cancer primitif du sein, du poumon et du côlon et rectum, selon le groupe d'âge, population des femmes de 20 à 64 ans, Canada, 2012**

| | Total, tous les sièges primaires | | | Sein | | | Poumon | | | Côlon et rectum | | | Part combinée de tous les cas de cancer à un siège primaire[1] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | taux pour 100 000 | IC à 95 % | | taux pour 100 000 | IC à 95 % | | taux pour 100 000 | IC à 95 % | | taux pour 100 000 | IC à 95 % | | |
| | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | % |
| **Groupe d'âge** | | | | | | | | | | | | | |
| 20 à 24 ans | 32,2 | 29,0 | 35,6 | 1,7 | 1,0 | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 1,3 | 0,7 | 2,1 | 9,3 |
| 25 à 29 ans | 64,4 | 59,9 | 69,1 | 7,8 | 6,4 | 9,7 | 0,8 | 0,4 | 1,5 | 2,5 | 1,7 | 3,6 | 17,3 |
| 30 à 34 ans | 107,4 | 101,5 | 113,4 | 22,4 | 19,8 | 25,3 | 1,3 | 0,7 | 2,1 | 5,8 | 4,6 | 7,5 | 27,9 |
| 35 à 39 ans | 174,2 | 166,6 | 182,0 | 55,7 | 51,5 | 60,2 | 2,6 | 1,8 | 3,6 | 8,8 | 7,1 | 10,7 | 38,5 |
| 40 à 44 ans | 270,8 | 261,6 | 280,3 | 104,1 | 98,4 | 110,0 | 6,7 | 5,3 | 8,3 | 16,3 | 14,1 | 18,8 | 46,9 |
| 45 à 49 ans | 410,5 | 399,7 | 421,5 | 163,1 | 156,4 | 170,1 | 23,9 | 21,4 | 26,7 | 26,9 | 24,2 | 29,8 | 52,1 |
| 50 à 54 ans | 569,9 | 557,2 | 582,7 | 204,5 | 197,0 | 212,3 | 52,9 | 49,1 | 58,0 | 50,3 | 46,8 | 54,2 | 54,0 |
| 55 à 59 ans | 751,4 | 736,0 | 767,0 | 233,7 | 225,2 | 242,5 | 98,4 | 92,9 | 104,2 | 66,4 | 61,9 | 71,2 | 53,0 |
| 60 à 64 ans | 1024,3 | 1004,9 | 1044,0 | 302,8 | 292,3 | 313,5 | 150,2 | 142,8 | 157,8 | 104,9 | 98,8 | 111,4 | 54,5 |

[1] La part combinée selon le groupe d'âge correspond à la somme des nouveaux cas de cancer du sein, du poumon et du côlon et rectum, divisée par le nombre total de nouveaux cas de cancer à un siège primaire dans ce groupe d'âge, multipliée par 100.

**Notes :** Les estimations sont fondées sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple inférieur ou supérieur de 5.

Les données sur l'incidence du cancer au Québec ne sont pas accessibles pour les années de diagnostic 2011 et 2012. Pour cette raison, les données de 2010 du Québec ont été copiées pour les années 2011 et 2012.

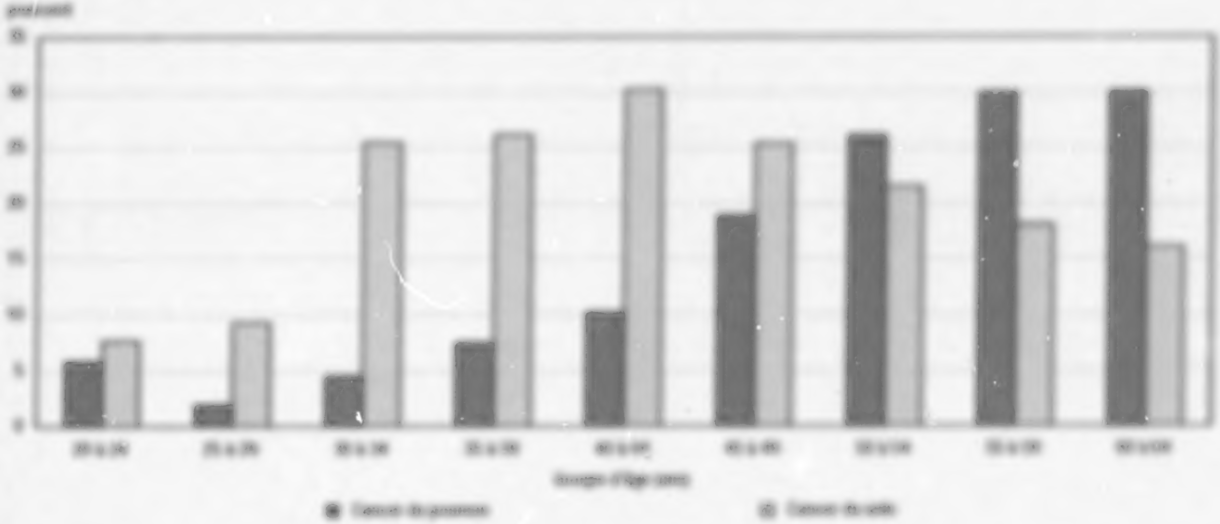
Codes de la CIM-O-3 : sein : C50.0-C50.9; poumon et bronches : C34.0-C34.9; côlon et rectum : C18.0-C18.9, C19.9, C20.9, C26.0

**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM n° 103-0550, 2012.

132. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*, Société canadienne du cancer, Toronto, Ontario, 2015.
133. U.S. Department of Health and Human Services, *How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General*, 2010, http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/index.htm (site consulté le 17 septembre 2015).
134. [illegible] et coll., « Déterminants sociaux de l'incidence du cancer du poumon au Canada : une étude prospective sur 13 ans », *Rapports sur la santé*, 2015, vol. 26, n° 6, p. 13-20.
135. M.J. [illegible] et coll., « L'incidence du cancer du sein et le revenu du quartier », *Rapports sur la santé*, 2011, vol. 22, n° 2, p. 1-8.

Le cancer a été la principale cause de décès chez les femmes de 35 à 64 ans de 2000 à 2011, et parmi les deux premières, avec les accidents, chez les femmes de 20 à 34 ans durant la même période[116]. Le cancer du sein et le cancer du poumon représentaient une part importante de tous les décès par cancer dans la plupart des groupes d'âge, les décès attribuables au cancer du sein étant plus prévalents chez les jeunes et les décès attribuables au cancer du poumon, plus prévalents chez les femmes plus âgées (graphique 24).

**Graphique 24**
**Pourcentage de mortalité par cancer du poumon ou du sein chez les femmes de 20 à 64 ans, selon le groupe d'âge, Canada, 2011**




**Note :** [illegible]
**Source :** Statistique Canada, [illegible]

Une analyse des taux de cancer du système reproducteur normalisés selon l'âge réalisée en 2015 a révélé qu'en 2010, l'incidence du cancer de l'utérus était à son niveau le plus haut depuis 1992, et que l'incidence du cancer de l'ovaire et du cancer du col de l'utérus a diminué au fil du temps[117]. Chez les femmes de 20 à 64 ans, ces trois cancers représentaient en moyenne 14 % de tous les nouveaux cas de cancer en 2012 (tableau 10). L'âge d'une femme a été associé au risque d'être atteinte d'un de ces trois cancers. En 2012, les taux de cancer du col de l'utérus augmentaient avec l'âge, les taux les plus élevés se trouvant dans le groupe des 40 à 44 ans. Les taux du cancer de l'ovaire et du cancer de l'utérus augmentaient tous deux durant la vie adulte; toutefois, les taux du cancer de l'utérus étaient de deux à trois fois plus élevés que les taux du cancer de l'ovaire chez les femmes plus âgées. Les cancers de l'appareil génital représentaient 9,2 % de tous les décès par cancer en 2010[118]. Bien que le risque de décès d'un cancer de l'ovaire soit deux fois plus élevé que le risque de décès d'un cancer de l'utérus (9,5 contre 5,4 pour 100 000 femmes), la mortalité par cancer de l'ovaire diminue de façon constante depuis 1974[119].

116. Statistique Canada, tableau CANSIM [illegible]
117. [illegible]
118. Ibid.
119. Ibid.

Tableau 18
Dépistage par le cancer primitif du l'ovaire, du col de l'utérus et du l'utérus, population des femmes adultes, selon le groupe d'âge, Canada, 2012

| | Total, tous les stages précédents | | | Ovaire | | | Col de l'utérus | | | Utérus | | | Incidence élevée et de primaire des cancer connu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Non pour cet test | Et à | Et à | Non pour cet test | Et à | Et à | Non pour cet test | Et à | Et à | Non pour cet test | Et à | Et à | |
| | | % | % | | % | % | | % | % | | % | % | % |
| Groupe d'âge | | | | | | | | | | | | | |
| 20 à 24 | 65,2 | 29,6 | 35,6 | 2,1 | 1,4 | 0,2 | 1,1 | 1,0 | 0,8 | 4,8 | 0,6 | 0,3 | 10,6 |
| 25 à 29 | 58,4 | 35,6 | 66,1 | 2,5 | 1,7 | 0,8 | 6,2 | 6,7 | 1,6 | 5,8 | 0,8 | 1,3 | 14,4 |
| 30 à 34 | 52,4 | 41,1 | 113,8 | 2,5 | 1,7 | 0,8 | 15,8 | 15,1 | 15,8 | 5,5 | 1,7 | 1,8 | 19,8 |
| 35 à 39 | 174,2 | 198,8 | 182,5 | 4,8 | 3,8 | 6,3 | 13,2 | 17 | 15,4 | 5,7 | 6,4 | 7,3 | 17,6 |
| 40 à 44 | 272,8 | 281,6 | 286,2 | 9,2 | 7,6 | 11,1 | 17,1 | 19,8 | 19,6 | 13,8 | 11,6 | 15,2 | 19,1 |
| 45 à 49 | 414,5 | 386,7 | 401,3 | 16,5 | 16,9 | 12,6 | 16,7 | 15,6 | 14,8 | 25,6 | 26,1 | 25,8 | 15,8 |
| 50 à 54 | 688,8 | 647,9 | 685,7 | 21,4 | 19,1 | 26,1 | 6,9 | 7,9 | 13,6 | 46,5 | 46,5 | 46,6 | 13,4 |
| 55 à 59 | 701,4 | 736,8 | 761,9 | 25,9 | 19,6 | 25,3 | 15,8 | Aug | 13,8 | 71,1 | 75,4 | 86,2 | 16,4 |
| 60 à 64 | 1049,3 | 1048,6 | 1,1 | 38,6 | 36,7 | 30,9 | 19,1 | 8,9 | 13,2 | 99,6 | 98,7 | 109,8 | 13,4 |

Source : Statistique Canada, tableau 105-0501 et 105-0502, 2012.

## Le point sur la mammographie et le test de Dépistage (test Pap)

Les lignes directrices canadiennes recommandent que les femmes de 50 à 69 ans passent une mammographie tous les deux ans, et que les femmes dans la quarantaine discutent avec leur médecin des avantages de la mammographie[10]. En 2012, 72 % des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux années précédentes, et 63 % des femmes de 40 à 49 ans ont déclaré ne jamais avoir passé de mammographie[11]. Ces taux sont comparables à ceux qui ont été déclarés depuis 2001 (données non présentées). En règle générale, les femmes ayant un médecin régulier sont plus susceptibles de déclarer avoir passé une mammographie[12].

Afin de prévenir et de dépister régulièrement le cancer du col de l'utérus, les lignes directrices canadiennes recommandent que les femmes actives sexuellement passent un test Pap à intervalles d'un à trois ans[13]. En 2012, 77 % des femmes de 20 à 34 ans ont déclaré avoir passé un test Pap au cours des trois années précédentes[14]. Les pourcentages s'établissaient à 82 % pour les femmes de 35 à 49 ans et à 70 % pour les femmes de 45 à 64 ans. Celles qui ont déclaré ne jamais avoir passé de test Pap étaient plus susceptibles d'avoir un faible niveau de scolarité, d'appartenir à un ménage à faible revenu, de ne pas avoir de médecin régulier et de n'être pas née au Canada[15]. Ces taux et associations étaient relativement inchangés par rapport à 2001 (données non présentées).

10. Société canadienne du cancer, Dépistage du cancer du sein, http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/early-detection-and-screening/breast-screening/the-breast-cancer-pap-canada?region=on (site consulté le 1 octobre 2013).
11. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2012, estimations personnalisées.
12. Ibid.
13. Société canadienne du cancer, Dépistage du cancer du col de l'utérus, http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/early-detection-and-screening/pap-screening/the-pap-test?region=on (site consulté le 1 octobre 2013).
14. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2012, estimations personnalisées.
15. Ibid.

### Hypertension

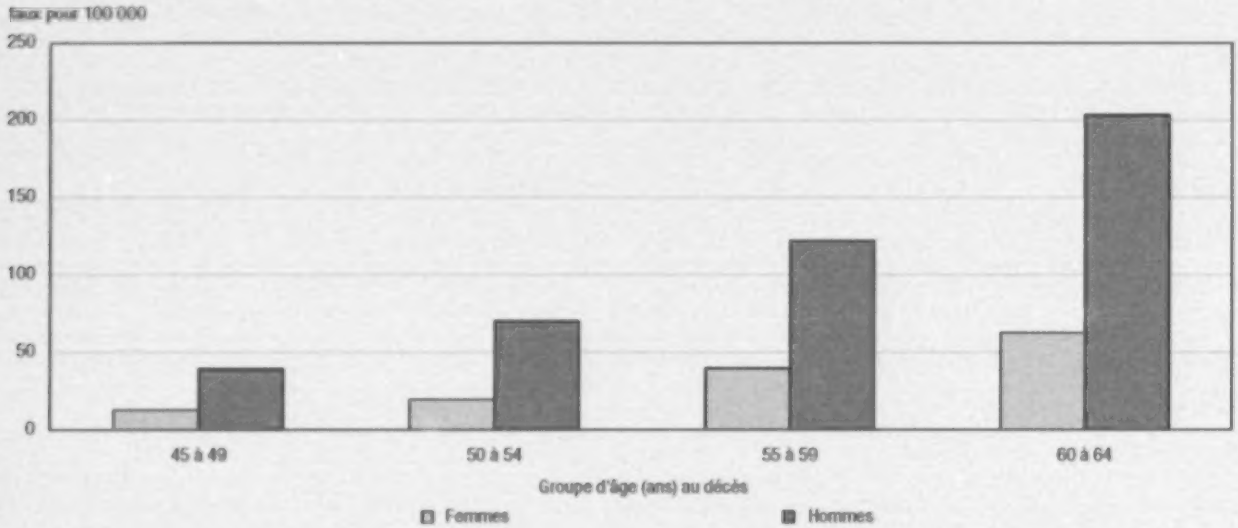
L'hypertension accroît le risque d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance rénale[14]. En 2014, environ 1,2 million de femmes de 20 à 64 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension par un professionnel de la santé au cours des 12 mois précédents[15]. La prévalence de l'hypertension — définie par la prise de médicaments contre l'hypertension et (ou) par une tension artérielle systolique mesurée durant ou supérieure à 140 mm Hg ou une tension artérielle diastolique mesurée égale ou supérieure à 90 mm Hg — augmente avec l'âge. En 2012-2013, moins de 1 % des Canadiennes de 20 à 39 ans étaient considérées comme faisant de l'hypertension, comparativement à 24 % des 40 à 59 ans. La prévalence de l'hypertension chez les femmes de 60 à 79 ans[16] s'élevait à 55 %, comparativement à 59 % chez les hommes[16].

### Maladies du cœur

En 2013-2014, environ 230 000 femmes de 20 à 64 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie du cœur par un professionnel de la santé[17]. La prévalence s'accroissait avec l'âge de 1 % chez les femmes de 20 à 44 ans et de 3 % chez les femmes de 45 à 64 ans. Durant la même période, les crises et les insuffisances cardiaques arrivaient respectivement en troisième et quatrième place parmi les 10 principales causes d'hospitalisations à volume élevé au Canada (les accouchements arrivant en première place, suivis des maladies respiratoires)[18]. Le taux normalisé selon l'âge des nouveaux événements d'infarctus aigu du myocarde admis dans les hôpitaux de soins de courte durée s'établissait à 130 pour 100 000 femmes et à 290 pour 100 000 hommes[19]. Depuis 2007, le taux pour les femmes n'est quantitativement guère inférieur à un peu moins de la moitié de celui des hommes (données non présentées).

Bien que les taux de mortalité en raison d'une maladie du cœur aient diminué au fil du temps, les maladies du cœur demeurent l'une des cinq principales causes de décès chez les femmes (et les hommes) de 25 à 44 ans, et la deuxième cause de décès chez les femmes (et les hommes) de 45 à 64 ans[153]. Au cours de la période de 2000 à 2011, les taux de mortalité pour les femmes étaient systématiquement inférieurs à ceux des hommes dans tous les groupes d'âge (le graphique 25 présente les données pour 2011).

**Graphique 25**
**Taux de mortalité par maladie du coeur, selon le sexe et le groupe d'âge au décès, Canada, 2011**




**Note :** Codes de la CIM-10 : maladies du cœur : I00-I09, I11, I13, I20-I51.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM n° 102-0551, 2011.

Les changements des habitudes de vie, comme la réduction du tabagisme et de la consommation abusive d'alcool et l'augmentation de l'activité physique, jouent un rôle de premier plan dans la prévention et la gestion des maladies du cœur[154]. Toutefois, des études montrent que les femmes (et les hommes) ne font pas nécessairement ces changements après un diagnostic. Une étude longitudinale auprès des personnes de 50 ans ou plus ayant reçu un diagnostic de maladie du cœur a révélé que les femmes ne modifiaient pas leurs habitudes en matière de consommation abusive d'alcool et d'activité physique après un diagnostic[155]; une autre étude a montré que les femmes (et les hommes) d'âge mûr et plus âgées qui recevaient un nouveau diagnostic de maladie cardiovasculaire (hypertension, maladie du cœur ou diabète) n'étaient pas plus actives après le diagnostic[156].

153. Statistique Canada, tableau CANSIM n° 102-0561, 2000-2011.
154. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, *Qu'est-ce que les maladies du cœur?*, http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIxE/b.3579677/k.F5EA/Maladies_du_coeur__Probl232mes_de_sant233_qui_affectent_le_fonctionnement_du_c339ur.htm (site consulté le 29 septembre 2015).
155. J.T. Newsom et coll., « Modifications des comportements influant sur la santé après le diagnostic d'une maladie chronique chez les Canadiens de 50 ans et plus », *Rapports sur la santé*, 2012, vol. 23, n° 4, p. 3-8.
156. P.L. Remage-Morin et coll., « Activité physique durant les loisirs à la suite d'un diagnostic de problème de santé vasculaire », *Rapports sur la santé* 2012, vol. 23, n° 1, p. 1-14.

### Diabète

Le diabète est une maladie chronique qui se déclare lorsque l'organisme est incapable de sécréter une quantité suffisante d'insuline ou qu'il ne peut la métaboliser correctement; ces fonctions se détériorent avec l'âge[157]. S'il n'est pas contrôlé, le diabète entraîne des taux de glycémie élevés, ce qui peut au fil du temps endommager les vaisseaux sanguins, les nerfs et certains organes comme les reins, les yeux et le cœur[158].

En 2014, environ 400 000 femmes de 20 à 64 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète par un professionnel de la santé[159]. La prévalence augmentait avec l'âge : 1 % pour les femmes de 20 à 34 ans, 2 % pour celles de 35 à 44 ans et 7 % pour celles de 45 à 64 ans. Les femmes de 45 à 64 ans étaient moins susceptibles que les hommes du même groupe d'âge de déclarer avoir reçu un diagnostic de diabète (données non présentées). Un revenu et un niveau de scolarité inférieurs sont tous deux associés à la manifestation du diabète chez les femmes d'âge adulte[160].

La gestion du diabète exige souvent le recours aux services d'une gamme de fournisseurs de soins de santé. Un rapport publié en 2011 et examinant le recours aux services de soins de santé soulignait que les femmes et les hommes de 20 à 49 ans atteints de diabète consultaient un médecin de famille environ deux fois plus souvent que les non-diabétiques, et voyaient un spécialiste deux à trois fois plus souvent[161]. Dans le groupe des 50 à 64 ans, les ratios des taux diminuaient à une fois et demi et à presque deux fois plus souvent en ce qui concerne la consultation d'un médecin de famille et d'un spécialiste, respectivement.

Comme beaucoup de diabétiques déclarent avoir reçu aussi un diagnostic d'hypertension et (ou) de maladie du cœur[162], le diabète est rarement l'unique cause de décès. Une étude menée en 2014 montre que pour les quelque 56 000 décès de femmes liés au diabète qui se sont produits entre 2004 et 2008, le diabète était deux fois plus susceptible d'être codé comme cause secondaire que comme cause initiale[163]. La situation était la même pour les hommes. Les maladies cardiovasculaires étaient aussi les causes coexistantes le plus souvent citées dans les certificats de décès des femmes et des hommes où le diabète figurait aussi comme cause secondaire ou initiale.

### Migraine

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la migraine est la deuxième cause de charge de morbidité pour les femmes de 15 à 44 ans dans les pays à revenu élevé[164]. En 2010-2011, environ 1,9 million de filles et de femmes au Canada ont déclaré avoir reçu un diagnostic de migraine[165], ce qui représente environ 12 % des Canadiennes, plus de deux fois plus que les hommes (5 %). La prévalence des migraines signalée chez les femmes augmente de l'enfance à l'âge adulte, et atteint un sommet de 18 % chez les 30 à 49 ans. La majorité des femmes ayant déclaré avoir des migraines ont aussi dit avoir des symptômes de dépression, et bon nombre ont souligné que les migraines avaient des répercussions négatives sur de nombreux aspects de la vie quotidienne, y compris le travail et les études[166].

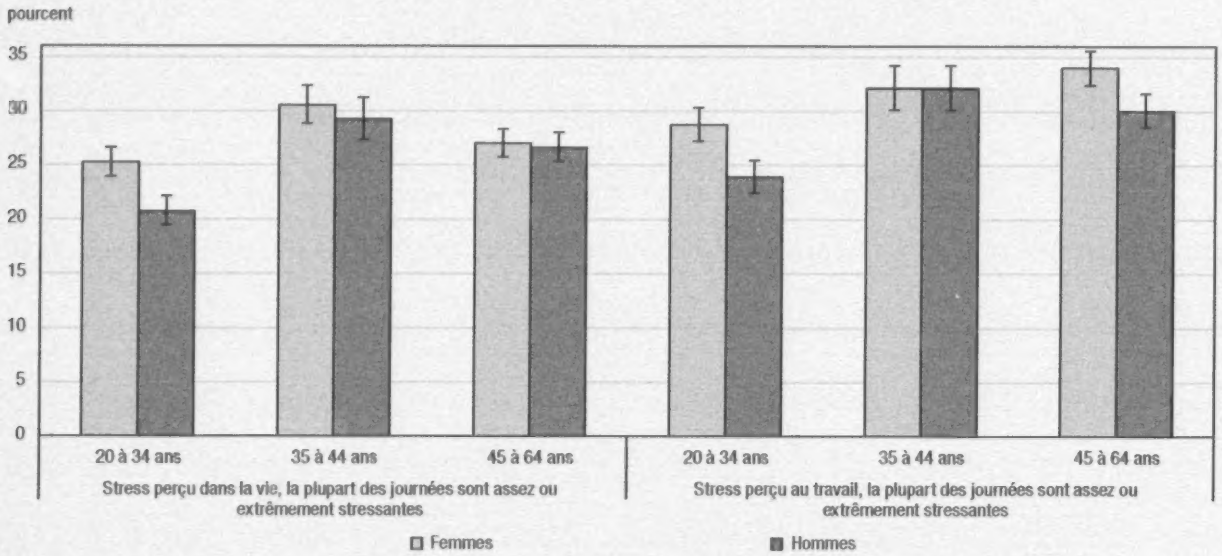
157. Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, produit nº HP35-25/2011F-PDF au catalogue, Ottawa, 2011.
158. *Ibid.*
159. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2014.
160. N.A. Ross et coll., « Incidence du diabète sur 14 années : le rôle du statut socioéconomique », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21, nº 3, p. 21-30.
161. Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, produit nº HP35-25/2011F-PDF au catalogue, Ottawa, 2011.
162. *Ibid.*
163. J. Park et coll., « Mortalité liée au diabète sucré, 2004 à 2008 : Une analyse des causes multiples de décès », *Rapports sur la santé*, 2014, vol. 25, nº 3, p. 12-16.
164. Organisation mondiale de la Santé, *The Global Burden of Disease: 2004 update*, 2008, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1 (site consulté le 30 septembre 2015).
165. P.L. Ramage-Morin et coll., « Prévalence de la migraine dans la population canadienne à domicile », *Rapports sur la santé*, 2014, vol. 25, nº 6, p. 11-18.
166. *Ibid.*

## Santé mentale

### Stress

Les personnes soumises à un stress quotidien, comme celui qu'occasionnent les pressions exercées par le travail, la famille et les autres responsabilités de la vie de tous les jours, peuvent subir des troubles digestifs, des maux de tête ou de l'insomnie, ou encore se sentir déprimé, en colère ou irritable[167]. En 2013-2014, entre 25 % et 30 % des femmes de 20 à 64 ans estimaient que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes, et 29 % à 34 % des femmes qui avaient travaillé au cours de 12 mois précédents estimaient que la plupart de leurs journées au travail étaient assez ou extrêmement stressantes (graphique 26). Les femmes de 20 à 34 ans étaient significativement plus susceptibles que les hommes de déclarer vivre du stress dans la vie quotidienne, ce qui pourrait être lié à leur situation de famille. Les femmes de ce groupe d'âge qui étaient célibataires ou vivaient avec un partenaire et n'avaient pas d'enfant avaient tendance à estimer vivre un stress au quotidien plus élevé que les hommes dans les mêmes situations familiales, tandis que les femmes qui vivaient avec un partenaire et avaient des enfants déclaraient un niveau de stress comparable à celui des hommes (données non présentées).

**Graphique 26**
**Perception du stress dans la vie et au travail, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2013 à 2014**




I = intervalle de confiance à 95 %
**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013 à 2014, totalisation personnalisée.

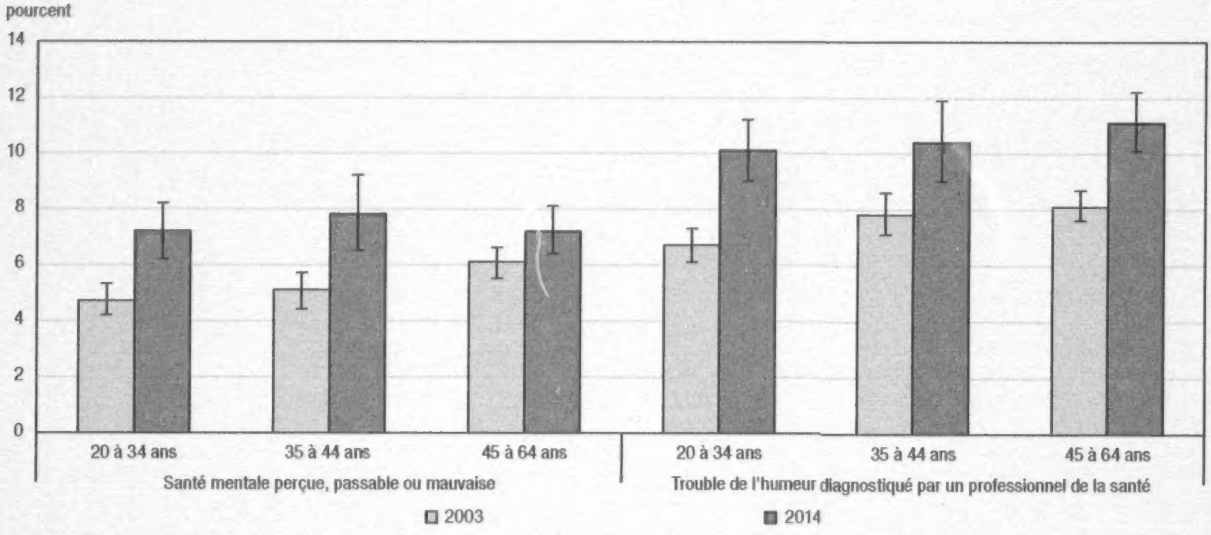
Le fait que les femmes de 20 à 34 ans et de 45 à 64 ans étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer vivre du stress au travail pourrait être lié à leur emploi. En 2013-2014, les femmes étaient davantage représentées dans les emplois des domaines des sciences sociales, de l'éducation, des services gouvernementaux et de la religion, et avaient tendance à évaluer leur stress au travail à un niveau plus élevé que les hommes ayant les mêmes emplois (données non présentées).

167. National Institute of Mental Health, *Adult Stress—Frequently Asked Questions*, http://www.nimh.nih.gov/health/publications/stress/Stress_Factsheet_LN_142896.pdf (site consulté le 30 septembre 2015).

## Santé mentale autoévaluée

En 2014, environ 790 000 femmes de 20 à 64 ans ont déclaré percevoir leur propre santé mentale comme étant passable ou mauvaise[168]. Elles représentaient environ 7 % des femmes adultes au Canada, un pourcentage en hausse dans tous les groupes d'âge comparativement à 2003 (graphique 27). Le pourcentage des femmes adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur a aussi augmenté dans tous les groupes d'âge au fil du temps, pour atteindre un total d'environ 1,15 million de femmes en 2014. La prévalence des troubles de l'humeur a aussi augmenté chez les hommes des mêmes groupes d'âge, mais les pourcentages globaux étaient généralement plus faibles que chez les femmes (données non présentées).

**Graphique 27**
**Prévalence d'une santé mentale passable ou mauvaise et des troubles de l'humeur, population des femmes de 20 à 64 ans, selon le groupe d'âge, Canada, 2003 et 2014**

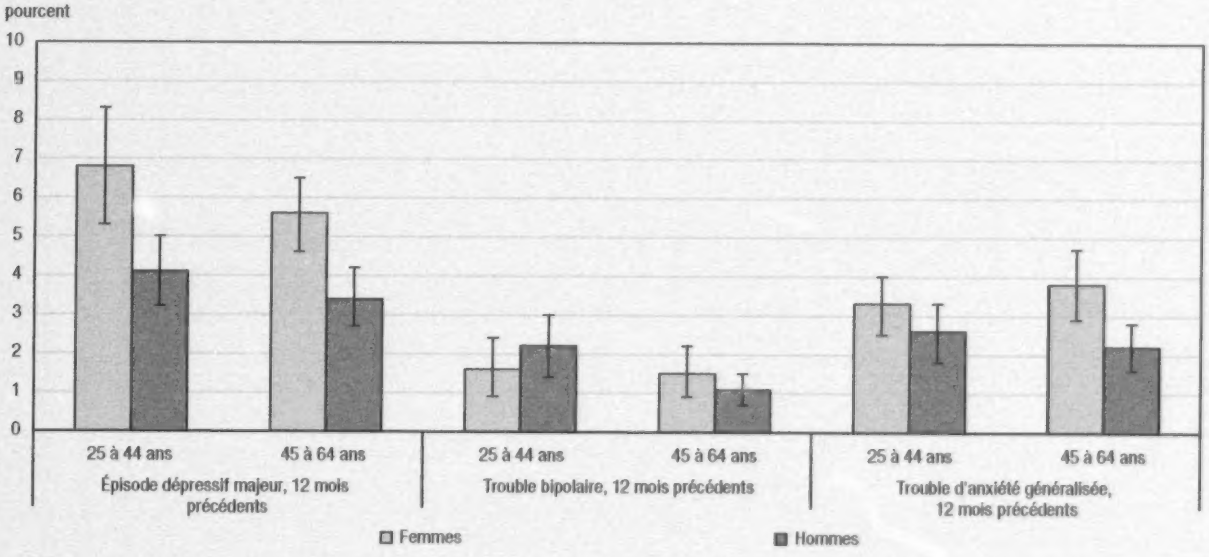



I = intervalle de confiance à 95 %
**Note :** Un trouble de l'humeur s'entend d'un problème comme la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie diagnostiqué par un professionnel de la santé.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM n° 105-0501, 2003 et 2014.

168. Statistique Canada, tableau CANSIM no 105-0501, 2014.

Tout comme à l'adolescence, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de satisfaire aux critères de certains troubles mentaux. En 2012, les femmes adultes étaient plus susceptibles que les hommes de satisfaire aux critères d'épisode dépressif majeur ou de trouble d'anxiété généralisée au cours des 12 mois précédents (graphique 28). Les femmes étaient aussi plus susceptibles de déclarer prendre des antidépresseurs. Durant la période allant de 2007 à 2011, 9 % des femmes de 25 à 44 ans et 17 % des femmes de 45 à 64 ans prenaient des antidépresseurs, comparativement à 4 % et à 8 % des hommes, respectivement[169].

**Graphique 28**
**Pourcentage des adultes qui satisfont aux critères de certains troubles de santé mentale, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada sauf les territoires, 2012**




I = intervalle de confiance à 95 %
**Notes :** Les personnes considérées comme ayant un trouble particulier satisfont à la définition et aux critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). Toutes les estimations relatives au trouble bipolaire doivent être utilisée avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 et 33,3).
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-1101, 2012.

Malgré le nombre de femmes déclarant être atteintes d'un trouble mental ou vivre du stress dans la vie ou au travail, neuf femmes de 20 à 64 ans sur dix, en moyenne, disent aussi être satisfaites ou très satisfaites à l'égard de la vie en général[170].

169. M. Rotermann, et coll., « Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans », *Rapports sur la santé*, 2014, vol. 25, nº 6, p. 3-10.
170. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2014.

### Recours aux services de santé mentale

D'après un rapport fondé sur les données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques, les taux annuels de recours aux services de santé pour une maladie mentale chez les personnes de 20 ans ou plus sont demeurés relativement stables entre 1996-1997 et 2009-2010[171]. On constate toutefois des différences entre les sexes. En 2009-2010, les taux pour les femmes de 20 à 64 ans étaient, en moyenne, 1,5 fois plus élevés que pour les hommes. Par exemple, les pourcentages s'établissaient à 16 % pour les femmes de 25 à 29 ans et à 20 % pour les femmes de 45 à 49 ans, comparativement à 10 % et 14 % pour les hommes des mêmes groupes d'âge, respectivement. Aussi bien chez les femmes que chez les hommes, le statut socioéconomique plus faible est associé à un taux d'hospitalisation plus élevé en raison d'une maladie mentale[172].

Le taux plus élevé de recours aux services de santé en raison d'une maladie mentale chez les femmes pourrait s'expliquer par différents facteurs, y compris les différences dans les comportements de demande d'aide. Les femmes adultes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer un besoin perçu pour des soins de santé mentale. En 2012, 25 % des femmes de 25 à 44 ans et 22 % des femmes de 45 à 64 ans avaient un besoin perçu de soins de santé mentale, comparativement à 14 % et 13 % des hommes, respectivement[173]. Toutefois, parmi les personnes ayant un besoin perçu, les femmes et les hommes étaient tout aussi susceptibles les uns que les autres (en moyenne, 66 %) de dire que leurs besoins étaient comblés.

171. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015*, produit nº HP35-56/2015F-PDF au catalogue, Ottawa, 2015.
172. Institut canadien d'information sur la santé, *Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes*, 2010, https://secure.cihi.ca/free_products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_f.pdf (site consulté le 8 juillet 2015).
173. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-1101, 2012.

## 6. Femmes plus âgées

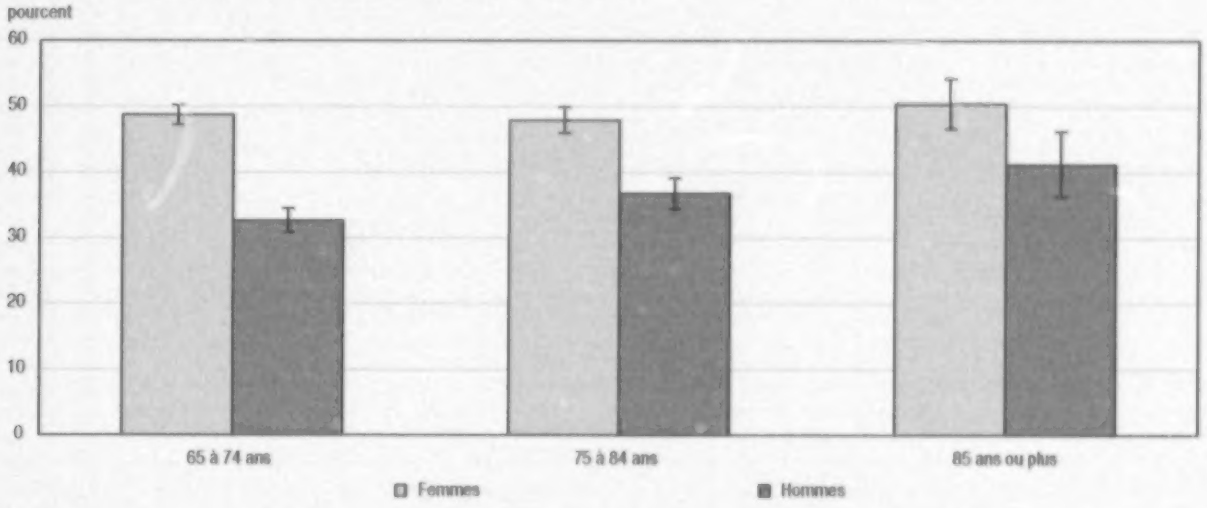
À mesure que les gens vieillissent, ils sont plus susceptibles de vivre dans un logement collectif fournissant des services d'aide et de soutien constants, des services de surveillance de la santé, des soins et des traitements. Au moment du Recensement de la population de 2011, 9 % des femmes et 5 % des hommes de 65 ans ou plus vivaient dans un hôpital général ou spécialisé, un établissement de soins infirmiers, un hôpital pour personnes souffrant de maladies chroniques ou de soins de longue durée, ou une résidence pour personnes âgées[174,175]. Les femmes les plus âgées étaient beaucoup plus susceptibles de vivre dans ces types de logement collectif : 34 % pour les femmes de 85 ans ou plus, comparativement à 2 % pour les femmes de 65 à 74 ans et à 9 % pour les femmes de 75 à 84 ans[176]. Comme les enquêtes auprès des ménages excluent généralement les personnes vivant dans un logement collectif, les données sur la santé provenant de ces enquêtes, qui constituent l'une des principales sources d'information pour le présent chapitre, tendent à être moins représentatives de *toutes* les femmes plus âgées, particulièrement celles des groupes les plus âgés. En conséquence, les données présentées ici reflètent la santé des femmes plus âgées qui vivent dans les ménages, et la prévalence de divers résultats indésirables en matière de santé est vraisemblablement sous-estimée, particulièrement pour les femmes de plus de 75 ans.

### Comportements influant sur la santé

#### Consommation de fruits et de légumes

Comme il est mentionné dans la section *Âge adulte*, la consommation de fruits et de légumes est un bon indicateur de la qualité de l'alimentation. En 2014, 49 % des femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage consommaient des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour, comparativement à 35 % des hommes du même groupe d'âge[177]. Le pourcentage variait peu d'un groupe d'âge à l'autre chez les femmes, mais les hommes de 85 ans ou plus étaient plus susceptibles de consommer des fruits et des légumes à une telle fréquence que les hommes de 65 à 74 ans (graphique 29).

**Graphique 29**
**Pourcentage de consommation de fruits et de légumes au moins cinq fois par jour, selon le sexe et le groupe d'âge, population des ménages de 65 ans et plus, Canada, 2013 à 2014**




I = intervalle de confiance à 95 %
**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013 à 2014, totalisation personnalisée.

174. Statistique Canada, *La situation des personnes âgées dans les ménages*, http://www12.statcan.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.cfm#tx2 (site consulté le 10 novembre 2015).
175. Statistique Canada, *Recensement de la population de 2011*, produit n° 98-313-XCB2011024 au catalogue de Statistique Canada.
176. *Ibid.*
177. Statistique Canada, tableau CANSIM n° 105-0501, 2014.

### Risque nutritionnel

Les femmes plus âgées sont plus susceptibles que les hommes plus âgés de courir un risque nutritionnel (risque de malnutrition). Une étude réalisée en 2013 montre que 38 % des femmes de 65 ans ou plus qui vivaient dans les ménages présentaient un risque nutritionnel, comparativement à 29 % des hommes[178]. Les principaux facteurs de risque nutritionnel pour les femmes (et les hommes) étaient un changement de poids de plus de 10 livres (4,5 kilogrammes) au cours des six mois précédents (22 % des femmes) et le fait de sauter des repas presque tous les jours (13 % des femmes). Parmi les autres facteurs associés au risque nutritionnel, mentionnons le fait de vivre seul, un faible soutien social concret, la participation peu fréquente à des activités sociales, la dépression, une incapacité modérée ou grave, la prise de médicaments et une santé bucco-dentaire « passable » ou « mauvaise ». Le revenu et le niveau de scolarité n'étaient pas associés au risque nutritionnel lorsqu'on tenait compte des autres facteurs[179].

### Poids et circonférence de la taille

L'obésité et l'insuffisance pondérale sont toutes deux associées à des résultats indésirables en matière de santé chez les personnes de 65 ans ou plus. L'obésité est associée à un risque accru de diabète de type 2, d'hypertension et de maladie cardiovasculaire[180], alors que l'insuffisance pondérale est associée à différents résultats, allant de la malnutrition à l'ostéoporose, et même parfois jusqu'à la mortalité[181].

En 2012-2013, 23 % des femmes de 65 à 79 ans vivant dans un ménage étaient obèses, et 69 % avaient une circonférence de la taille associée à un risque élevé pour la santé[182]. Ces taux sont considérablement élevés par rapport à ceux de 1981, où ils s'établissaient à 15 % et à 26 %, respectivement, chez les femmes de 60 à 69 ans (un groupe d'âge plus étroit)[183]. Les femmes plus âgées étaient plus susceptibles d'avoir une circonférence de la taille associée à un risque accru pour la santé comparativement aux hommes, ce qui était aussi le cas en 1981 (données non présentées).

Selon le seuil normalisé de l'IMC de moins de 18,5 kg/m$^2$, environ 2 % des femmes de 65 à 79 ans vivant dans un ménage étaient considérées comme ayant un poids insuffisant durant la période allant de 2009 à 2013[184]. Toutefois, des études indiquent que ce seuil pourrait être trop bas pour des personnes de 65 ans ou plus, compte tenu des risques accrus pour la santé même avec un IMC plus élevé que le seuil inférieur de la fourchette des valeurs « normales »[185]. Si l'on ajuste le seuil de l'IMC déterminant l'insuffisance pondérale à moins de 23 kg/m$^2$, comme il est suggéré[186], 16 % des femmes de 65 à 79 ans seraient alors considérées comme ayant une insuffisance pondérale[187].

### Condition physique

Comme chez les jeunes femmes adultes, la condition physique des femmes plus âgées s'est détériorée au fil du temps. Depuis 1981, la capacité cardiorespiratoire des femmes de 60 à 69 ans a diminué[188]. En outre, le pourcentage de femmes âgées de 60 à 69 ans dont la souplesse a obtenu une note « passable » ou « amélioration nécessaire » est passé de 42 % en 1981 à 51 % en 2009 à 2011, et le pourcentage de celles dont la force musculaire a été évaluée « passable » ou « amélioration nécessaire » a triplé, passant de 13 % à 40 %[189]. On observe aussi une diminution de la souplesse et de la force musculaire chez les hommes plus âgés (données non présentées). La faiblesse musculaire pose tout particulièrement problème chez les personnes de 65 ans et plus, en raison du risque accru de chute qui en découle[190].

178. P.L. Ramage-Morin et coll., « Risque nutritionnel chez les Canadiens âgés », *Rapports sur la santé*, 2013, vol. 24, nº 3, p. 3-14.
179. *Ibid.*
180. Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien de l'information sur la santé, *Obésité au Canada*, produit nº HP5-107/2011F-PDF au catalogue, Ottawa, 2011.
181. Administrateur en chef de la santé publique du Canada, *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, Agence de la santé publique du Canada, produit nº HP2-10/2010F-PDF au catalogue, Ottawa, 2010.
182. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2012-2013, totalisation personnalisée.
183. M. Shields et coll., « Condition physique des adultes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21 nº 1, p. 1-16.
184. Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2013 : Données combinées, totalisation personnalisée.
185. Administrateur en chef de la santé publique du Canada, *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, Agence de la santé publique du Canada, produit nº HP2-10/2010F-PDF au catalogue, Ottawa, 2010.
186. J.E. Winter et coll., « BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis », *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2014, vol. 99, nº 4, p. 875-890.
187. Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2013 : Données combinées, totalisation personnalisée.
188. C.L. Craig et coll., « Trends in aerobic fitness among Canadians, 1981 to 2007-2009 », *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 2012, vol. 37, p. 511-519.
189. M. Shields et coll., « Condition physique des adultes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21 nº 1, p. 1-16, et Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0017.
190. HealthLinkBC, *Preventing falls in older adults*, http://www.healthlinkbc.ca/healthtopics/content.asp?hwid=ug2329spec (site consulté le 8 octobre 2015).

### Activité physique

Outre les avantages reconnus en matière de prévention de la maladie, des études montrent que l'activité physique contribue à améliorer l'état de santé global des personnes plus âgées. Les résultats d'une étude longitudinale révèlent que, pour les femmes et les hommes, le fait d'être actif physiquement « retarde » les effets du vieillissement sur la qualité de vie en termes de santé, alors que l'inactivité ou la sédentarité accélère la dégénérescence[191]. Les directives de la Société canadienne de physiologie de l'exercice pour les personnes de 65 ans ou plus sont les mêmes que pour les personnes de 20 à 64 ans, soit au moins 150 minutes d'activité aérobie modérée à vigoureuse chaque semaine, par séances de 10 minutes ou plus[192]. En 2012-2013, 11 % des femmes et 13 % des hommes de 60 à 79 ans respectaient ces directives[193]. En termes du temps moyen consacré chaque jour à des activités de différentes intensités, les femmes de 60 à 79 ans passaient 75 % de leur période d'éveil à des activités sédentaires (610 minutes en moyenne), 23 % à des activités légères (185 minutes en moyenne) et 2 % à des activités modérées à vigoureuses (13 minutes en moyenne)[194]. Les résultats étaient comparables pour les hommes (données non présentées).

### Chutes

Quand une personne âgée fait une chute, elle n'est pas la seule qui en est affligée – la famille, les amis, les soignants et les services de santé en subissent également les contrecoups[195]. D'après les recherches, les chutes sont la cause directe de 95 % des fractures de la hanche, qui dans 20 % des cas provoquent le décès et peuvent constituer un catalyseur de la transition vers un établissement de soins de longue durée[196].

En 2013-2014, environ 310 000 femmes de 65 ans ou plus (11 %) ont déclaré s'être blessées au cours des 12 mois précédents, et 200 000 d'entre elles (64 %) ont dit que leur blessure la plus grave était attribuable à une chute[197]. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer que leur blessure la plus grave résultait d'une chute, et ce pourcentage augmentait avec l'âge pour les deux sexes : 59 % des femmes contre 44 % des hommes de 65 à 74 ans qui s'étaient blessés; 69 % contre 54 % dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans, et 77 % contre 74 % dans le groupe d'âge des 85 ans ou plus. Les femmes sont aussi plus susceptibles que les hommes de percevoir un risque accru de chute; les chutes et la perception d'un risque de chute ont été identifiées comme étant des facteurs de risque s'influençant mutuellement[198]. Les recherches montrent qu'il existe un lien entre un statut socioéconomique faible et le risque de chute, qui pourrait s'expliquer par l'association entre un faible statut socioéconomique et de mauvaises conditions de vie, une mauvaise alimentation et un accès insuffisant aux services de santé[199]. En 2013-2014, un niveau de scolarité inférieur a été associé, chez les femmes et les hommes plus âgés, à une probabilité accrue de déclarer que la blessure la plus grave subie résultait d'une chute; le revenu inférieur a été associé aux chutes uniquement chez les hommes plus âgés (données non présentées).

Les chutes sont la principale cause d'hospitalisation pour blessure chez les personnes de 65 ans ou plus; chaque année, les hospitalisations pour cause de chute représentent environ 85 % des hospitalisations pour blessure dans ce groupe d'âge[200]. Les femmes présentent un plus grand risque d'ostéoporose, et donc un risque accru de fracture à la suite d'une chute. Cela pourrait expliquer en partie pourquoi les taux d'hospitalisation pour cause de chute sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes[201].

191. D. Peeny et coll., « Physical activity matters: associations among body mass index, physical activity and health-related quality of life trajectories over 10 years », *Journal of Physical Activity and Health*, 2014, vol. 11, nº 7, p. 1265-1275.
192. Société canadienne de physiologie de l'exercice, *Directives canadiennes en matière d'activité physique (65 ans et plus)*, http://www.csep.ca/fr/directives/matiere-d-activite-physique-et-de-comportement-sedentaire (site consulté le 17 septembre 2015).
193. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0019, 2013.
194. Statistique Canada, tableaux CANSIM nº 117-0020, 2013 et 117-0021, 2013.
195. Agence de la santé publique du Canada, *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport*, produit nº HP25-1/2014F, PDF au catalogue, Ottawa, 2014.
196. *Ibid.*
197. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
198. C. Pearson et coll., 2014. « Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque », *Coup d'œil sur la santé*, produit nº 82-619-X2014001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa.
199. Agence de la santé publique du Canada, *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport*, produit nº HP25-1/2014F, PDF au catalogue, Ottawa, 2014.
200. *Ibid.*
201. *Ibid.*

## Consommation d'alcool et de drogues

Outre son association bien connue avec le cancer du poumon, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux, le tabagisme est aussi lié à un risque accru de fracture de la hanche, de cataracte et de maladie pulmonaire obstructive chronique[202]. Entre 2003 et 2014, les taux de tabagisme sont passés de 10 % à 8 % chez les femmes de 65 ans ou plus, alors que les taux chez les hommes du même groupe d'âge sont demeurés relativement stables à environ 11 %[203]. Les avantages pour la santé de l'abandon du tabac décrits dans la section *Âge adulte*, y compris l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé[204] et la réduction du risque relatif de maladie du cœur[205], s'appliquent aussi aux femmes de 65 ans ou plus.

Le vieillissement physiologique s'accompagne d'une réduction de la proportion d'eau dans le corps, ce qui a pour effet d'accroître la puissance de l'alcool chez les personnes aînées[206]. En 2014, 3 % des femmes et 9 % des hommes de 65 ans ou plus étaient considérés comme des consommateurs excessifs d'alcool (pour les femmes, quatre verres d'alcool ou plus et pour les hommes, cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année précédente)[207]. Par ailleurs, 3 % des femmes de ce groupe d'âge satisfaisaient aux critères d'une consommation excessive ou d'une dépendance à l'alcool au cours de leur vie, comparativement à 24 % des hommes[208].

À 65 ans et plus, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de déclarer consommer de la marijuana. En 2012, la prévalence de la consommation de marijuana au cours de l'année précédente et au cours de la vie s'établissait à 0,2 % et à 8 % pour les femmes, respectivement, comparativement à 1,5 % et 19 % pour les hommes[209]. Trop peu de femmes dans ce groupe d'âge avaient fait une consommation abusive de marijuana ou eu une dépendance au cours de l'année précédente ou au cours de la vie pour que les données puissent être présentées.

## Consommation de médicaments sur ordonnance

Les médicaments prescrits représentent environ 85 % des dépenses totales en médicaments au Canada[210]. L'utilisation de médicaments prescrits augmente avec l'âge, ce que l'on peut en partie attribuer à la présence de morbidités multiples chez les personnes âgées[211]. Selon une étude menée en 2014 portant sur la consommation de médicaments sur ordonnance de 2007 à 2011, 82 % des femmes et 83 % des hommes de 65 à 79 ans vivant dans un ménage prenaient des médicaments sur ordonnance, comparativement à 35 % des femmes et à 21 % des hommes de 25 à 44 ans[212]. L'étude a aussi révélé une prévalence supérieure de la consommation de médicaments sur ordonnance chez les femmes qui ont déclaré ne pas être sans douleurs ou malaises (66 %), ou qui ont autoévalué leur santé comme étant passable ou mauvaise (68 %). La consommation de médicaments sur ordonnance augmente aussi avec le degré d'incapacité (30 % chez les personnes n'ayant aucune incapacité, 73 % chez celles ayant une incapacité grave) et avec le nombre de problèmes de santé chronique (29 % chez les personnes n'en ayant aucun, près de 100 % chez les personnes en ayant quatre ou plus). On a constaté de la polypharmacie (c.-à-d. la prise d'au moins cinq médicaments) chez 30 % des personnes de 65 à 79 ans; les cinq principales catégories de médicaments déclarées pour les femmes de ce groupe d'âge visaient les problèmes de santé suivants : hypercholestérolémie, ulcères, hypothyroïdie, maladies du cœur et hypertension.

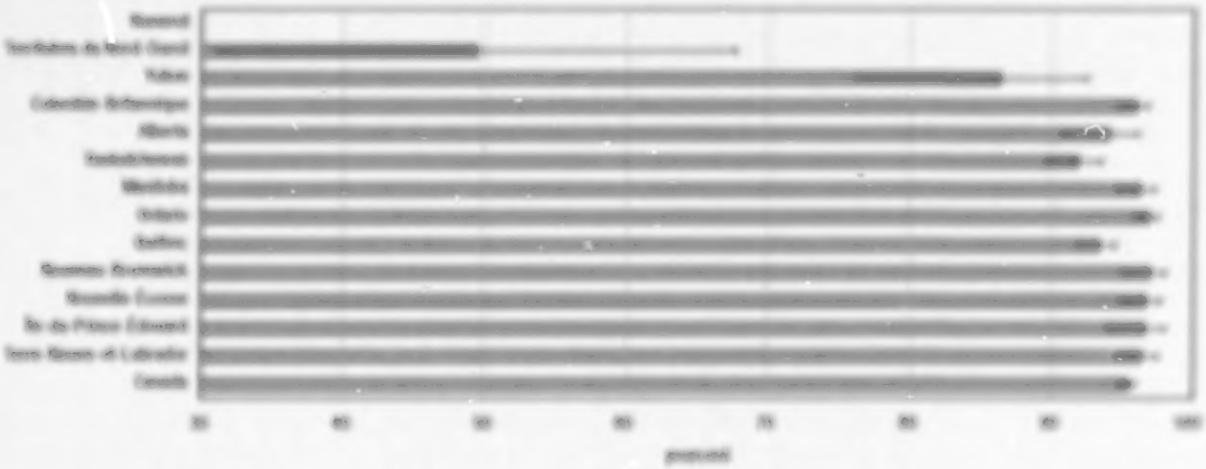
202. Administrateur en chef de la santé publique du Canada, *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : 2010 – Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, Agence de la santé publique du Canada, produit n° HP2-10/2010F-PDF au catalogue, Ottawa, 2010.
203. Statistique Canada, tableau CANSIM n° 105-0501, 2003-2014.
204. M. Shields et coll., « Dynamique du renoncement au tabac et qualité de vie liée à la santé chez les Canadiens », *Rapports sur la santé*, 2013, vol. 24, n° 2, p. 3-12.
205. M. Shields et coll., « Usage du tabac, renoncement au tabac et risque de maladie du cœur : une étude de suivi sur 16 ans », *Rapports sur la santé*, 2013, vol. 24 n° 2, p. 15-22.
206. Santé Canada, *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, produit n° [illegible] au catalogue, Ottawa, 2002.
207. Statistique Canada, tableau CANSIM n° 105-0501, 2014.
208. Statistique Canada, tableau CANSIM n° 105-1101, 2012.
209. *Ibid.*
210. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, [illegible] (site consulté le 22 octobre 2015).
211. Institut canadien d'information sur la santé, *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?*, 2011, [illegible] (site consulté le 8 juillet 2015).
212. M. Rotermann, et coll., « Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans », *Rapports sur la santé*, 2014, vol. 25, n° 6, p. 3-15.

### Consultation d'un médecin

En 2013-2014, 95 % des femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré qu'elles avaient un médecin régulier, et 88 % ont déclaré qu'elles avaient consulté un médecin de famille ou un omnipraticien au cours de 12 mois précédents[11]. Les hommes de ce groupe d'âge étaient également susceptibles de déclarer avoir (95 %) et consulter (88 %) un médecin, contrairement aux hommes plus jeunes (graphique 22).

Le pourcentage de femmes plus âgées qui ont déclaré avoir un médecin régulier variait quelque peu selon la province. Dans les Territoires du Nord-Ouest, au Yukon, en Saskatchewan et au Québec, les femmes étaient moins susceptibles d'avoir un médecin régulier que celles vivant dans les autres provinces (graphique 30). On a observé une tendance similaire chez les hommes du même groupe d'âge (données non présentées).

**Graphique 30**
**Pourcentage d'accès à un médecin régulier, par province et territoire, population à domicile de sexe féminin de 65 ans ou plus, 2013 à 2014**

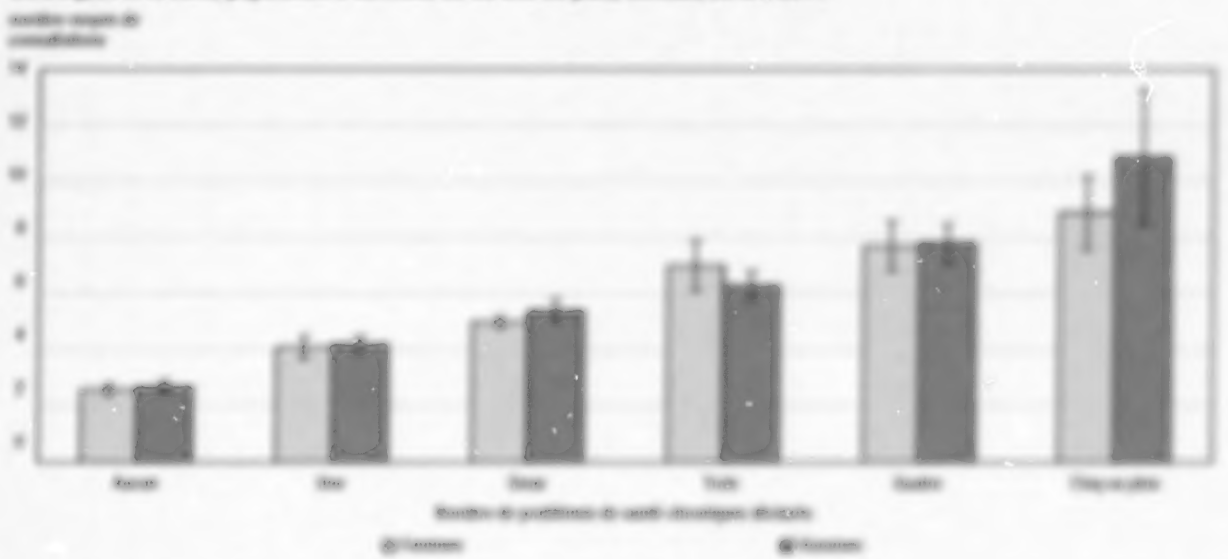



[...] intervalle de confiance à 95 %.
**Note :** En raison de la petite taille des échantillons, l'estimation pour le Nunavut n'est pas publiée dès mais est comprise dans le total pour le Canada.
**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013 à 2014, tabulation personnalisée.

[11] Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, tabulation personnalisée.

Bien que le fait d'avoir un médecin régulier soit associé au revenu du ménage pour les filles et les femmes de 12 ans ou plus en général, cette association est attribuable aux femmes de moins de 65 ans. Les femmes de 65 ans ou plus appartenant au quartile inférieur de revenu étaient presque aussi susceptibles que celles du quartile supérieur de déclarer avoir un médecin (94 % et 95 %). De même, le revenu du ménage n'était pas fortement associé à la consultation d'un médecin de famille ou d'un omnipraticien au cours des 12 mois précédents (87 % dans le quartile inférieur et 89 % dans le quartile supérieur), mais il existait une disparité de revenu en ce qui concerne la consultation d'un dentiste (58 % contre 76 %). Les femmes de 65 ans ou plus ont déclaré avoir consulté un médecin de famille ou un spécialiste en moyenne environ quatre fois au cours des 12 mois précédents. Comme prévu, plus le nombre de problèmes de santé chroniques déclarés était élevé, plus le nombre de consultations au cours des 12 mois précédents l'était aussi, quel que soit le sexe (graphique 31).

**Graphique 31**
**Nombre moyen de consultations d'un médecin au cours des 12 mois précédents, selon le nombre de problèmes de santé chroniques et le sexe, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada, 2013 à 2015**




† : intervalle de confiance à 95 %
Note : Les problèmes de santé chroniques comprennent : les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension, l'arthrite, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, le cancer et la maladie d'Alzheimer. Comprend les consultations d'un médecin de famille ou d'un spécialiste.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013 à 2015 (données groupées).

### Soutien à domicile

Dans le cadre d'une étude portant sur les soins à domicile au Canada, [illegible] hommes de 65 ans ou plus (30 %) ont déclaré avoir reçu des soins à domicile formels et informels en 2009[illegible]. La prévalence de l'utilisation de soins à domicile chez les femmes augmentait avec l'âge, avec les limitations sur le plan des soins personnels ou de la mobilité, et avec le niveau d'incapacité. Les femmes qui vivaient seules et dont la principale source de revenus était les prestations d'aide sociale, de la Sécurité de la vieillesse ou du Supplément de revenu garanti étaient aussi plus susceptibles de déclarer recevoir des soins à domicile. De même, 3 % des femmes de ce groupe d'âge ont déclaré avoir eu moins un besoin en matière de soins à domicile professionnels non satisfait. Près des deux tiers (63 %) des personnes ayant un besoin non satisfait en matière de soins formels attribuaient ce manque à leur situation personnelle, par exemple l'incapacité de payer.

[illegible]

## Maladies et problèmes de santé chroniques

### Cancer

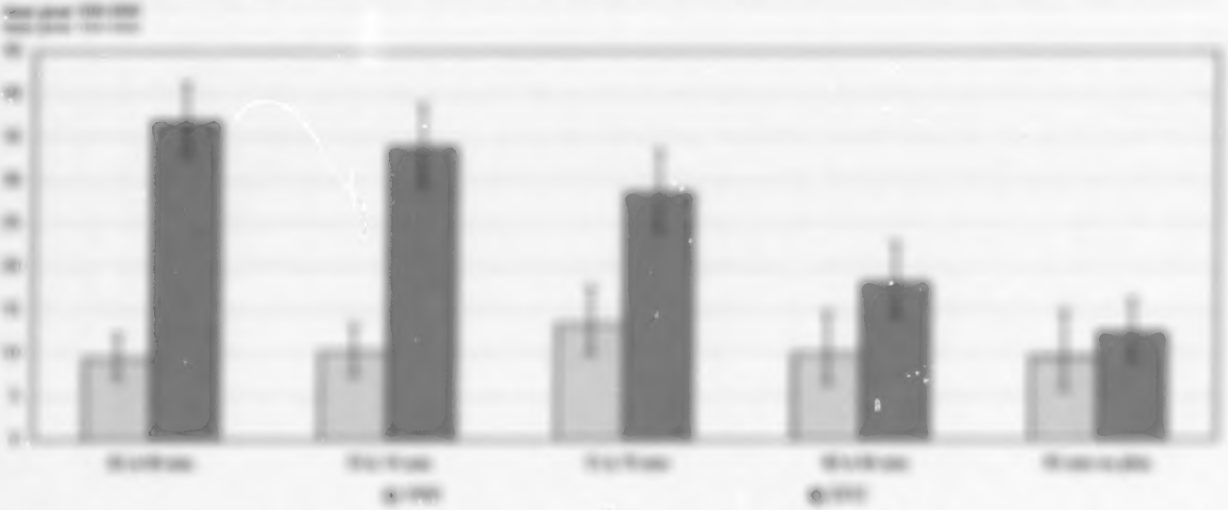
L'âge médian du diagnostic de cancer se situe entre 65 et 69 ans, et l'âge médian estimé des décès par cancer est de 70 à 74 ans[..]. Comme pour les femmes adultes plus jeunes (voir la section Âge adulte), le taux d'incidence global du cancer chez les femmes de 65 ans ou plus augmente lentement depuis le début des années 1990, les cancers du poumon, du sein et du côlon et rectum étant les plus souvent diagnostiqués dans ce groupe d'âge[..]. En 2012, l'incidence du cancer du poumon et du sein diminuait avec l'âge, alors que celle du cancer du côlon et rectum augmentait (tableau 11).

Tableau 11
Nouveaux cas de cancer primitif du sein, du poumon et du côlon et rectum, selon le groupe d'âge, population des femmes de 65 ans ou plus, Canada, 2012

| | Tous les sièges primaires | | | Sein | | | | Poumon | | | | Côlon et rectum | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | IC à 95 % de | à | Taux pour 100 000 | IC à 95 % de | à | Part de tous les cas de cancer primitif (%) | Taux pour 100 000 | IC à 95 % de | à | Part de tous les cas de cancer primitif (%) | Taux pour 100 000 | IC à 95 % de | à | Part de tous les cas de cancer primitif (%) |
| **Groupe d'âge** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 à 69 ans | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 70 à 74 ans | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 75 à 79 ans | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 80 à 84 ans | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 85 ans ou plus | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

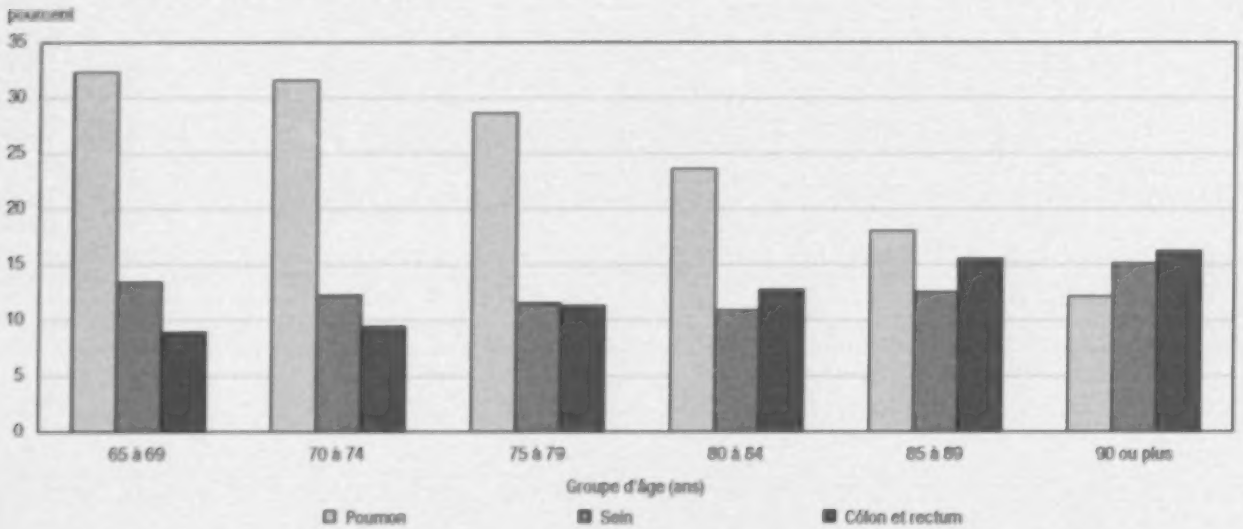
[illegible] que le cancer de la thyroïde représentait moins de 2 % des nouveaux cas de cancer chez les femmes de 65 ans ou plus en 2012, l'incidence a augmenté considérablement depuis 1992, particulièrement chez les femmes de 65 à 79 ans (graphique 37). La croissance rapide du taux d'incidence du cancer de la thyroïde a été observée chez les femmes de partout dans le monde, et non seulement au Canada[1].

**Graphique 37**
**Incidence du cancer de la thyroïde, selon le groupe d'âge, population des femmes de 65 ans ou plus, Canada, 1992 et 2012**



De 2001 à 2011, le cancer a été la principale cause de décès chez les femmes de 65 à 84 ans, et la deuxième cause de décès après les maladies du cœur chez les femmes de 85 ans ou plus[218]. Les cancers du sein, du poumon et du côlon et rectum représentaient une proportion importante de tous les décès par cancer dans la plupart des groupes d'âge (graphique 33). Les décès attribuables au cancer du poumon étaient plus prévalents dans le groupe des 65 à 84 ans, mais diminuaient avec l'âge, tandis que les décès par cancer du côlon et rectum augmentaient légèrement avec l'âge. Les ratios de survie relative à cinq ans pour les cancers du sein, du poumon et du côlon et rectum chez les femmes[219] s'établissaient respectivement à 88 %, 20 % et 65 %[220].

**Graphique 33**
**Pourcentage de mortalité par cancer du poumon, du sein et du côlon et rectum, selon le groupe d'âge, population des femmes de 65 ans ou plus, Canada, 2011**




**Notes :** Codes de la CIM-10 : poumon (y compris la trachée et les bronches) : C33-C34; sein : C50; côlon et rectum (comprend le côlon, le rectum et l'anus) : C18-C21.
**Source :** Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0551, 2011.

Pour en savoir davantage à propos des cancers de l'appareil génital, consultez la section *Âge adulte*.

218. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0561, 2000-2011.
219. Comprend toutes les femmes âgées de de 15 à 99 ans au moment du diagnostic (sauf au Québec).
220. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*, Société canadienne du cancer, Toronto, Ontario, 2015.

## Hypertension

En 2013-2014, environ 1,4 million de femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension[221]. La prévalence des diagnostics d'hypertension était plus élevée chez les femmes de 85 ans ou plus que chez celles de 65 à 84 ans, tandis qu'elle était plus élevée chez les hommes de 75 à 84 ans que chez ceux des autres groupes d'âge (tableau 12). En 2012-2013, 54 % des femmes et 51 % des hommes de 60 à 79 ans ont été considérés comme faisant de l'hypertension, définie par la prise de médicaments contre l'hypertension et (ou) par une tension artérielle systolique mesurée égale ou supérieure à 140 mm Hg ou une tension artérielle diastolique mesurée égale ou supérieure à 90 mm Hg[222].

**Tableau 12**
**Prévalence de certains problèmes de santé chroniques, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada, 2013-2014**

| | Hypertension | | | | | | Maladies du coeur | | | | | | Accident vasculaire cérébral | | | | | | Diabète | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Femmes | | | Hommes | | | Femmes | | | Hommes | | | Femmes | | | Hommes | | | Femmes | | | Hommes | | |
| | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | | % | IC à 95 % | |
| | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à | | de | à |
| **Groupe d'âge** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 48,4 | 47,4 | 49,5 | 46,5 | 45,3 | 47,8 | 13,7 | 13,0 | 14,4 | 20,1 | 19,1 | 21,2 | 3,3 | 3,0 | 3,8 | 4,0 | 3,6 | 4,5 | 15,5 | 14,6 | 16,4 | 20,6 | 19,6 | 21,7 |
| 65 à 74 ans | 44,6 | 43,1 | 46,0 | 44,7 | 43,0 | 46,4 | 9,3 | 8,6 | 10,1 | 16,7 | 15,5 | 18,0 | 2,1 | 1,7 | 2,5 | 3,2 | 2,7 | 3,9 | 14,4 | 13,3 | 15,7 | 20,6 | 19,2 | 22,1 |
| 75 à 84 ans | 53,5 | 51,7 | 55,3 | 50,6 | 48,4 | 52,7 | 17,3 | 15,9 | 18,9 | 24,9 | 23,0 | 26,9 | 4,4 | 3,7 | 5,1 | 5,0 | 4,3 | 5,9 | 17,4 | 16,0 | 18,9 | 22,0 | 20,2 | 23,8 |
| 85 ans ou plus | 55,0 | 51,7 | 58,2 | 45,4 | 41,1 | 49,8 | 26,8 | 23,9 | 29,9 | 28,8 | 24,9 | 33,0 | 7,3 | 5,4 | 9,8 | 6,9 | 5,0 | 9,4 | 15,6 | 13,0 | 18,6 | 15,1 | 12,1 | 18,5 |

**Note :** Problèmes de santé ayant duré ou qui pourraient durer au moins six mois.
**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.

Malgré une sensibilisation accrue et l'amélioration des moyens de contrôle de l'hypertension depuis 20 ans, les femmes plus âgées sont significativement moins susceptibles que les hommes plus âgés de prendre des médicaments antihypertenseurs pour réguler leur tension artérielle. Une étude a révélé que le pourcentage des femmes de 60 à 69 ans dont la tension artérielle n'était pas contrôlée s'établissait à 19 %, comparativement à 7 % des hommes du même groupe d'âge; dans le groupe des 70 à 79 ans, les pourcentages s'établissaient à 37 % contre 18 %[223]. Des écarts similaires ont été observés dans d'autres pays, mais les raisons les expliquant ne sont pas clairement établies.

## Maladies du cœur

En 2013-2014, environ 380 000 femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie du cœur[224]. La prévalence était supérieure chez les femmes plus âgées : 27 % chez les 85 ans et plus, contre 9 % chez les 65 à 74 ans (tableau 12). Dans le groupe d'âge de 65 à 84 ans, les femmes étaient moins susceptibles que les hommes de déclarer avoir une maladie du cœur. Comme il est précisé à la section *Âge adulte*, le taux d'admission dans les hôpitaux de soins de courte durée pour de nouveaux événements d'infarctus aigu du myocarde est beaucoup plus faible chez les femmes que chez les hommes[225].

En 2011, environ 21 000 femmes et 20 000 hommes de 65 ans ou plus sont décédés d'une maladie du cœur[226]. Les taux de mortalité par maladie du cœur ont reculé au fil du temps, mais les maladies du cœur demeurent la deuxième cause de décès chez les femmes (et les hommes de 65 à 84 ans), et la principale cause de décès chez les femmes (et les hommes) de 85 ans ou plus[227]. De 2000 à 2011, les taux de mortalité des femmes de 65 ans ou plus étaient systématiquement inférieurs à ceux des hommes. Par exemple, en 2011, le taux de mortalité par maladie du cœur chez les femmes de 65 à 69 ans était de 118,1 pour 100 000 habitants, contre 302,2 pour 100 000 habitants chez les hommes du même groupe d'âge[228].

221. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
222. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0011, 2013.
223. K. Wilkins et coll., « Tension artérielle des adultes au Canada », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21, nº 1, p. 1-11.
224. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
225. Institut canadien d'information sur la santé, *Outil interactif des indicateurs de santé*, http://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/?language=fr&HealthIndicatorSelection=Event_AMI (site consulté le 29 septembre 2015).
226. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0561, 2011.
227. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0561, 2000-2011.
228. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0551, 2011.

### Accident vasculaire cérébral

Un accident vasculaire cérébral (AVC) est une perte soudaine de la fonction cérébrale provoquée par l'interruption de la circulation sanguine à l'intérieur du cerveau ou par la rupture d'un vaisseau sanguin à l'intérieur du cerveau[229]. En 2013-2014, quelque 95 000 femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré souffrir de séquelles à la suite d'un accident vasculaire cérébral, ce qui représente environ 3 % des femmes de ce groupe d'âge. La prévalence déclarée chez les femmes a augmenté avec l'âge et ne différait pas significativement de celle constatée chez les hommes (tableau 12).

En 2011, environ 7 200 femmes de 65 ans ou plus sont décédées de maladies cérébrovasculaires, y compris l'AVC[230]. Comme pour les maladies du cœur, les taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire ont chuté considérablement (de 43 % en moyenne) entre 2000 et 2011, aussi bien chez les femmes que chez les hommes[231]. Malgré ce recul, les maladies cérébrovasculaires sont la quatrième principale cause de décès chez les femmes de 65 à 74 ans depuis 2002, et la troisième principale cause de décès chez les femmes de 75 ans ou plus depuis 2000[232].

Les AVC sont davantage des maladies invalidantes que des maladies mortelles[233]. En 2013-2014, les femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage qui ont déclaré souffrir des séquelles d'un AVC étaient deux fois plus susceptibles (60 % contre 24 %) de dire avoir des limitations d'activité et de percevoir que leur qualité de vie liée à la santé était considérablement diminuée, comparativement aux femmes qui n'ont pas déclaré avoir subi un AVC (les résultats pour les hommes sont comparables; données non présentées).

### Diabète

Le diabète est une maladie chronique qui se déclare lorsque l'organisme est incapable de sécréter une quantité suffisante d'insuline ou qu'il ne peut la métaboliser correctement[234]. En 2013-2014, environ 430 000 femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète[235]. La prévalence, de 16 % en moyenne, était similaire dans tous les groupes d'âge (tableau 12). Il s'agit d'une augmentation par rapport au nombre de femmes (355 000) qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète en 2009, et d'une hausse légère par rapport à la prévalence de 15 %[236]. Comme en 2009, les femmes étaient moins susceptibles que les hommes d'avoir reçu un diagnostic de diabète, particulièrement dans le groupe d'âge de 65 à 84 ans. L'obésité est le facteur de risque le plus important pour le diabète de type 2 et ses complications[237]. En 2013-2014, 46 % des femmes de 65 ans ou plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète étaient considérées comme obèses, comparativement à 23 % des femmes non diabétiques[238].

Le diabète augmente considérablement le risque de maladie cardiovasculaire[239]. En 2013-2014, comparativement aux femmes de 65 ans ou plus qui n'ont pas déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète, les femmes atteintes de diabète étaient plus susceptibles de déclarer avoir reçu un diagnostic d'hypertension (69 % contre 45 %) et de maladie du cœur (23 % contre 12 %)[240]. On a observé une tendance similaire chez les hommes (données non présentées).

Comme dans le cas des adultes plus jeunes, les personnes plus âgées atteintes de diabète sont plus susceptibles que les non-diabétiques de consulter un médecin de famille ou un spécialiste. En 2013-2014, les femmes de plus de 65 ans atteintes de diabète ont déclaré avoir consulté en moyenne six fois un médecin ou un spécialiste au cours des 12 mois précédents, comparativement à une moyenne de quatre visites pour les femmes non diabétiques[241].

Pour en savoir davantage à propos du diabète comme cause secondaire et cause initiale de décès, voir la section *Âge adulte*.

229. La Fondation des maladies du cœur et de l'*AVC*, *Qu'est-ce qu'un AVC?*, http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562137/k.6ECC/AVC__Questce_quun_AVC.htm (site consulté le 16 octobre 2015).
230. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0551, 2011.
231. *Ibid.*
232. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0561, 2000-2011.
233. Agence de la santé publique du Canada, *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, produit nº HP32-3/2009F-PDF au catalogue, Ottawa, 2009.
234. Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, produit nº HP35-25/2011F-PDF au catalogue, Ottawa, 2011.
235. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
236. M. Turcotte, « Les femmes et la santé », *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*, produit nº 89-503-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 2011.
237. Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, produit nº HP35-25/2011F-PDF au catalogue, Ottawa, 2011.
238. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
239. Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, produit nº HP35-25/2011F-PDF au catalogue, Ottawa, 2011.
240. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
241. *Ibid.*

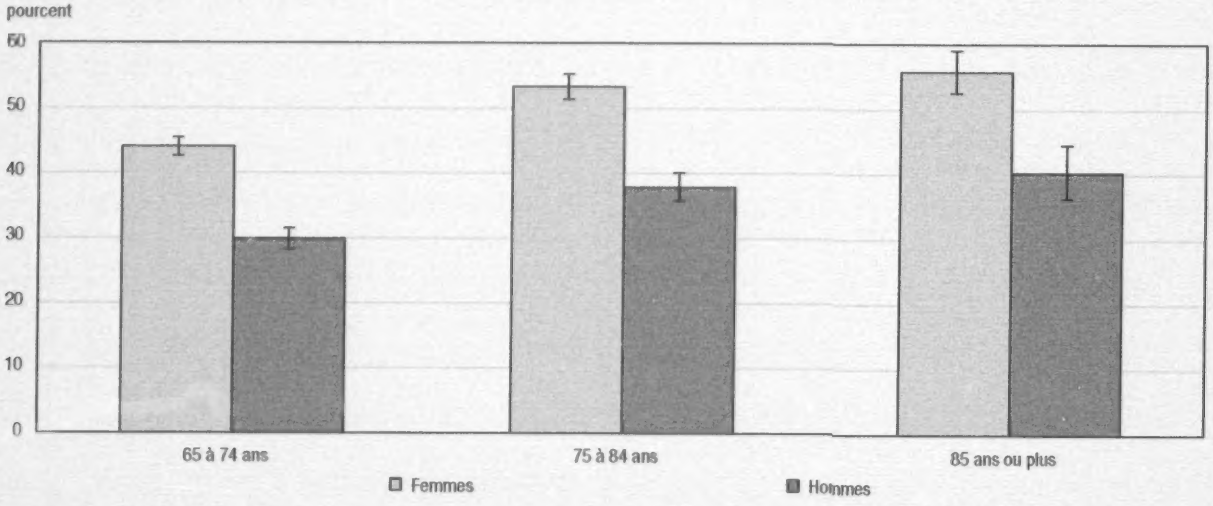
### Incontinence urinaire chez les femmes plus âgées

L'incontinence urinaire s'entend d'une perte involontaire d'urine[242]. En 2013-2014, 380 000 femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'incontinence urinaire[243]. Dans l'ensemble, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir reçu un tel diagnostic (14 % contre 9 %), et le pourcentage de femmes ayant une incontinence urinaire augmentait avec l'âge : 10 % dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans, 15 % dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans et 28 % dans le groupe d'âge de 85 ans ou plus[244]. L'incontinence urinaire peut avoir des effets négatifs sur le bien-être. Une étude menée en 2013 a révélé que l'incontinence urinaire était associée de façon significative avec la solitude chez les personnes de 65 ans ou plus, même lorsqu'on tient compte de la fréquence de la participation sociale, du soutien social et du niveau d'incapacité[245]. Bien que la prévalence de l'incontinence urinaire soit plus élevée chez les femmes que chez les hommes, les effets sur la vie sociale, du moins en termes de solitude, sont comparables pour les deux sexes.

## Arthrite et ostéoporose

Le terme « arthrite » est employé pour décrire plus de 100 maladies et troubles rhumatismaux qui affectent une ou plusieurs articulations occasionnant douleur, enflure et raideur[246]. En 2013-2014, un peu plus de 1,3 million de femmes de 65 ans ou plus (48 %) vivant dans un ménage ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite. La prévalence de l'arthrite augmente avec l'âge (44 % dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans, comparativement à 56 % dans le groupe d'âge de 85 ans ou plus), et les femmes sont plus touchées que les hommes (graphique 34).

**Graphique 34**
**Prévalence de l'arthrite, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 65 ans ou plus, 2013 à 2014**




I = intervalle de confiance à 95 %
**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013 à 2014, totalisation personnalisée.

242. Bartoli, S. et coll., « Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: A systematic literature review », *Urology*, vol. 2010, vol. 75, nº 3, p. 491-501.
243. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
244. *Ibid.*
245. P.L. Ramage-Morin et coll., « Incontinence urinaire et solitude chez les personnes âgées au Canada », *Rapports sur la santé*, 2013, vol. 24, nº 10, p. 3-12.
246. Agence de la santé publique du Canada, *Vivre avec l'arthrite au Canada: Un défi de santé personnel et de santé publique*, 2010, http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthrite/twaic-vaaac-10/index-fra.php (site consulté le 8 juillet 2015).

L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration du tissu osseux, ce qui entraîne des risques de fracture[247]. Comme pour l'arthrite, les femmes sont plus touchées que les hommes. Durant la période allant de 2009 à 2013, 24 % des femmes de 65 à 79 ans vivant dans un ménage ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'ostéoporose, comparativement à 6 % des hommes du même groupe d'âge[248]. Le calcium, essentiel à la santé osseuse, et la vitamine D, qui améliore l'absorption du calcium, sont souvent mentionnés lorsqu'il est question de prévention et de traitement de l'ostéoporose. Le recours à des suppléments comme traitement a été clairement établi dans le cadre d'une étude menée en 2011, qui a révélé que les femmes (et les hommes) ayant reçu un diagnostic d'ostéoporose étaient plus susceptibles que les autres de déclarer prendre des suppléments de calcium et de vitamine D[249]. En outre, selon l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2012-2013, les taux mesurés de vitamine D étaient supérieurs chez les personnes de 65 à 79 ans ayant reçu un diagnostic d'ostéoporose (données non présentées).

### Maladie pulmonaire obstructive chronique

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie chronique évolutive caractérisée par l'obstruction graduelle des voies respiratoires, l'essoufflement, la toux et l'expectoration[250]. La prévalence déclarée de MPOC diffère peu chez les femmes et les hommes. En 2014, environ 8 % des femmes et 7 % des hommes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré avoir reçu un diagnostic de MPOC[251]. Toutefois, les données semblent indiquer que la MPOC est sous-diagnostiquée au Canada. En 2012-2013, on a posé aux participants à l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé des questions sur le diagnostic de MPOC et aussi effectué un test de spirométrie pour identifier les personnes dont l'obstruction mesurée des voies aériennes correspond à une MPOC. Environ 90 % des personnes chez qui on a « mesuré » une MPOC n'ont pas déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de la part d'un professionnel de la santé[252]; la prévalence de la MPOC, autodéclarée ou mesurée, chez les femmes et les hommes de 60 à 79 ans vivant dans un ménage s'établissait à environ 15 %[253].

### Maladie d'Alzheimer

L'Alzheimer et les maladies apparentées se manifestent par une altération cognitive, dont les troubles reliés à la mémoire, à la concentration, à la résolution des problèmes et au langage[254]. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus répandue de troubles cognitifs[255]. Selon les estimations du projet de microsimulation POHEM – affections neurologiques, 310 000 personnes de 65 ans ou plus étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en 2011, et l'on prévoit que ce nombre doublera d'ici 2031[256].

Selon les résultats de l'Enquête sur les personnes ayant des problèmes neurologiques au Canada, l'âge moyen à l'apparition des premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées était de 73,6 ans pour les femmes et de 70,2 ans pour les hommes, tandis que l'âge moyen au diagnostic était de 75,8 ans et de 72,2 ans, respectivement[257]. En 2011, la maladie d'Alzheimer était la dixième cause principale de décès chez les femmes de 65 à 74 ans, la cinquième chez les femmes de 75 à 84 ans et la quatrième chez les femmes de 85 ans ou plus[258]. Elle se classait à un rang inférieur chez les hommes des mêmes groupes d'âge, soit en 16e, 8e et 7e place, respectivement.

247. Ostéoporose Canada, *Qu'est-ce que l'ostéoporose?*, http://www.osteoporosecanada.ca/losteoporose-et-vous/quest-ce-que-losteoporose/ (site consulté le 21 octobre 2015).
248. Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2013, totalisation personnalisée.
249. D. Garriguet, « Santé des os : ostéoporose, calcium et vitamine D », *Rapports sur la santé*, 2011, vol. 22, nº 3, p. 1-9.
250. Agence de la santé publique du Canada, *Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)*, http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/crd-mrc/mpoc-copd-fra.php (site consulté le 21 octobre 2015).
251. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-0501, 2014.
252. Statistique Canada. *Maladie pulmonaire obstructive chronique chez les adultes, 2012 à 2013*, http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14103-fra.htm (site consulté le 21 octobre 2015).
253. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 117-0011, 2013.
254. Société Alzheimer Canada, *En quoi consistent l'Alzheimer et maladies apparentées*, http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/What-is-dementia (site consulté le 21 octobre 2015).
255. *Ibid.*
256. Agence de la santé publique du Canada et Organismes caritatifs neurologiques du Canada, Établir les connexions : *Mieux comprendre les affections neurologiques au Canada*, produit nº HP35-45/2014F-PDF au catalogue, Ottawa, 2014.
257. *Ibid.*
258. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0561, 2011.

### Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative dont les symptômes comprennent des tremblements, de la lenteur et de la rigidité, des problèmes d'équilibre et une rigidité musculaire[259]. Selon les études, la maladie de Parkinson est moins fréquente chez les femmes que chez les hommes[260]. En 2010-2011, 0,6 % des femmes de 65 à 79 ans vivant dans un ménage ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, comparativement à 1,2 % des hommes; dans le groupe d'âge de 80 ans ou plus, 1 % des femmes étaient atteintes de la maladie de Parkinson, comparativement à 2,1 % des hommes[261]. De même, chez les personnes vivant en établissement, la maladie de Parkinson était moins courante chez les femmes que chez les hommes : 6 % contre 9 % dans le groupe d'âge de 65 à 79 ans, et 4 % contre 8 % dans le groupe d'âge de 80 ans ou plus[262].

En 2011, la maladie de Parkinson était la 14e cause de décès chez les femmes de 65 à 74 ans[263]. Elle arrivait en 11e et en 13e place chez les femmes de 75 à 84 ans et de 85 ans ou plus, respectivement. Chez les hommes, elle se classait à des rangs légèrement supérieurs dans les mêmes trois groupes d'âge, soit au 13e, 9e et 11e rang.

#### Infections transmises sexuellement (ITS) chez les personnes plus âgées

Bien qu'ils soient de beaucoup inférieurs à ceux des personnes plus jeunes — voir les sections *Adolescence* et *Âge adulte* —, les taux d'infection à Chlamydia et d'infection gonococcique sont en hausse chez les personnes de 60 ans et plus. Les femmes de ce groupe d'âge affichaient le taux relatif d'augmentation le plus élevé entre 2003 et 2012 pour ces deux ITS (267 % et 188 %, respectivement), comparativement à tous les autres groupes d'âge[264]. En 2012, les taux d'infection à Chlamydia et d'infection gonococcique chez les femmes de 60 ans ou plus s'établissaient à 3,2 et à 0,7 pour 100 000 habitants, respectivement. Les femmes de 60 ans ou plus avaient toutefois des taux d'infection à Chlamydia et d'infection gonococcique inférieurs à ceux des hommes du même groupe d'âge (données non présentées).

## Santé mentale

### Santé mentale autoévaluée

Bien que la satisfaction à l'égard de la vie ait légèrement reculé au fil du temps chez les femmes (et les hommes) de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, environ 89 % des femmes de ce groupe d'âge ont déclaré être satisfaites ou très satisfaites à l'égard de la vie en général en 2013-2014[265]. La prévalence de la satisfaction chez les femmes était plus élevée dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans (91 %) que dans le groupe d'âge de 85 ans ou plus (85 %). De même, 13 % des femmes de 65 ans ou plus ont dit qu'elles percevaient la plupart de leurs journées comme étant assez ou extrêmement stressantes, et 6 % évaluaient leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise.

Bien que les pourcentages des femmes et des hommes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage et satisfaisant aux critères de diagnostic de certains troubles mentaux au cours des 12 mois précédents étaient comparables, la prévalence de diagnostics *au cours de la vie* différait. En 2012, le pourcentage de femmes qui satisfaisaient aux critères de trouble d'anxiété généralisée ou d'épisode dépressif majeur au cours de la vie était supérieur (8 % et 9 %, respectivement), comparativement aux hommes (5 % dans les deux cas)[266]. Les personnes âgées vivant dans un ménage sont beaucoup moins susceptibles de déclarer vivre une dépression que les personnes âgées vivant dans un établissement de soins. Une étude menée auprès des personnes âgées vivant dans des établissements de soins (établissements de soins prolongés, maison de soins infirmiers ou foyers de soins personnels) dans cinq administrations canadiennes a révélé que 44 % d'entre elles avaient reçu un diagnostic ou éprouvaient des symptômes de dépression[267].

259. Société Parkinson Canada, *Qu'est-ce que la maladie de Parkinson?*, http://www.parkinson.ca/site/c.jpIMKW0BJoG/b.5187667/k.4DB6/Qu8217estce_la_maladie_de_Parkinson.htm (site consulté le 16 novembre 2015).
260. G.F. Wooten et coll., « Are men at greater risk for Parkinson's disease than women? », *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2004, vol. 75, p. 637-639.
261. S.L. Wong et coll., « La maladie de Parkinson : prévalence, diagnostic et conséquences », *Rapports sur la santé* 2014, vol. 25, nº 11, p. 11-16.
262. *Ibid.*
263. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 102-0561, 2011.
264. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2012*, produit nº HP37-10/2012F-PDF au catalogue, Ottawa, 2015.
265. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
266. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-1101, 2012.
267. Institut canadien d'information sur la santé, *La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement*, 2010, https://secure.cihi.ca/free_products/ccrs_depression_among_seniors_f.pdf (site consulté le 27 octobre 2015).

### Bien-être social

Le sentiment de bien-être joue un rôle dans le vieillissement en santé, et est influencé par des facteurs comme l'appréciation de la vie et les liens d'appartenance sociale. Les Canadiens plus âgés qui ne sont pas en mesure d'accéder ou de participer à des réseaux de soutien social peuvent ne pas se sentir liés à leur collectivité, n'éprouver aucun sentiment d'appartenance ou souffrir de solitude et d'isolement[268].

En 2013-2014, 74 % des femmes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance plutôt fort ou très fort à leur communauté locale[269]. Comparativement à celles qui ont un sentiment d'appartenance plutôt faible ou faible, les femmes qui avaient un sentiment d'appartenance fort étaient plus susceptibles d'évaluer leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente (72 % contre 59 %) et leur santé globale comme étant très bonne ou excellente (51 % contre 37 %). Elles étaient aussi plus susceptibles d'être satisfaites ou très satisfaites à l'égard de leur vie (93 % contre 81 %), et moins susceptibles de déclarer que leur vie était assez ou extrêmement stressante (10 % contre 18 %).

Une étude réalisée en 2012 auprès de personnes de 65 ans et plus vivant dans un ménage a révélé que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer éprouver de la solitude, même si les femmes plus âgées participent plus souvent à des activités sociales que les hommes plus âgés[270]. Les personnes participant davantage à des activités sociales étaient plus susceptibles de percevoir leur santé comme étant très bonne ou excellente, et moins susceptibles de déclarer éprouver de la solitude ou de l'insatisfaction à l'égard de la vie, peu importe l'âge, le sexe, le revenu, le niveau de scolarité, la situation de retraite, l'incapacité et les facteurs de risque comportementaux.

### Utilisation des services de santé mentale

D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les personnes plus âgées sont moins susceptibles que les adultes plus jeunes de déclarer un besoin perçu de soins de santé mentale. En 2012, 13 % des femmes et 9 % des hommes de 65 ans ou plus ont déclaré avoir besoin de soins de santé mentale (comparativement à 22 % des femmes et 13 % des hommes de 45 à 64 ans). Toutefois, parmi les personnes de 65 ans ou plus percevant un besoin, 80 % des femmes et 74 % des hommes ont déclaré que tous leurs besoins étaient satisfaits[271]. Ces pourcentages étaient considérablement plus élevés que pour les personnes de 45 à 64 ans (voir la section *Âge adulte*).

Les données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques montrent que les taux annuels d'utilisation des services de santé pour cause de maladie mentale chez les personnes de 55 ans ou plus sont demeurés relativement stables de 1996-1997 à 2009-2010. En 2009-2010, les taux pour les femmes et les hommes de 60 à 74 ans étaient *inférieurs* aux taux pour les adultes de 35 à 59 ans, alors que les personnes de 80 ans ou plus affichaient le pourcentage le plus élevé (24 %)[272]. Ce dernier résultat pourrait s'expliquer par l'inclusion des codes de diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des autres démences dans la définition de la maladie mentale. Les taux pour les femmes de 65 ans ou plus étaient, en moyenne, de 1,2 à 1,4 fois plus élevés que pour les hommes.

268. Administrateur en chef de la santé publique du Canada, *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, Agence de la santé publique du Canada, produit nº HP2-10/2010F-PDF au catalogue, Ottawa, 2010.
269. Statistique Canada, Enquête sur la santé des communautés canadiennes de 2013-2014, totalisation personnalisée.
270. H. Gilmour, « Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada », *Rapports sur la santé*, 2012, vol. 23, nº 4, p. 3-13.
271. Statistique Canada, tableau CANSIM nº 105-1101, 2012.
272. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015*, produit nº HP35-56/2015F-PDF au catalogue, Ottawa, 2015.